

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N° 388

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Marie-Thérèse EURIN-SANNIER

De la Faculté de Médecine de Paris
Ancienne Interne des Hôpitaux de Rouen
Médaille d'Or (Prix Pillore)
Née le 15 Janvier 1907 à Rouen

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES LYMPHATIQUES DU MÉSENTÈRE

Président : M. CHEVASSU, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Marie-Thérèse EURIN-SANNIER

De la Faculté de Médecine de Paris
Ancienne Interne des Hôpitaux de Rouen
Médaille d'Or (Prix Pillore)
Née le 15 Janvier 1907 à Rouen

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES LYMPHATIQUES DU MÉSENTÈRE

Président : M. CHEVASSU, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1935

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOÉPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (Henri).. Pathologie médicale.
 BERNARD Étienne. Pathologie médicale.
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BULLIARD..... Histologie.
 CATHALA..... Pathologie médicale.
 CHEVALLIER... Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY..... Urologie.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL..... Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET..... Physiologie.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENAU.... Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD..... Pharmacologie.
 HUGUENIN..... Anatomie pathologique.
 JOANNON..... Hygiène.
 LABBÉ (Henri) ... Chimie biologique.
 LACOMME..... Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL... Obstétrique.
 LAROCHE (Guy).. Pathologie médicale.
 LEMAIRE..... Pathologie expérimentale.
 LEVEUF..... Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI.. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU..... Pathologie médicale.
 MOULONGUET .. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN..... Pathologie médicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIÈVRE... Médecine légale.
 PORTES..... Obstétrique.
 RICHET..... Physiologie.
 SANNIÉ..... Chimie biologique.
 SÈNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
 TROISIÈRE..... Pathologie expérimentale.
 TURPIN..... Pathologie médicale.
 VIGNES..... Obstétrique.
 WILMOTH..... Pathologie chirurgicale
 J. BEZANÇON.. Hydrologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET..... Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX..... Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 ZIMMERN..... Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE ..		BROCQ.....	
AUBERTIN		CADENAT.....	
BRULÉ		GATELLIER	
CHABROL.....		HEITZ-BOYER ...	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT		QUENU	
DUVOIR.....		SCHWARTZ.....	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VALLERY- RADOT			
SÉZARY			
MM.			
ECALLE	} Clinique obstétricale.		
GUÉNIOT			
LE LORIER.....			
LÉVY-SOLAL			
METZGER			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ.....	Puériculture.
FREY.....	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MES PARENTS

Faible témoignage de ma reconnaissance et de ma profonde affection.

A MON MARI

Mon meilleur confrère, en gage de ma tendre affection.

A MES BEAUX-PARENTS

A MA FAMILLE

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551421_0060

A MONSIEUR LE DIRECTEUR
ET A MESSIEURS LES PROFESSEURS
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE ROUEN

A NOS MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE ROUEN

Externat

MONSIEUR LE DOCTEUR P. DEROCQUE

Chirurgien des Hôpitaux

In Memoriam

MONSIEUR LE PROFESSEUR F. DÉVÉ

Professeur de Clinique Médicale

Associé national de l'Académie de Médecine

Internat

MONSIEUR LE DOCTEUR VALLÉE

Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR PAYENNEVILLE

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR NÉE

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. PETIT

Professeur de Clinique Chirurgicale

*Nous leur devons notre formation
médicale.*

*Qu'ils veuillent bien accepter
l'hommage de notre vive reconnais-
sance pour l'enseignement et les
conseils éclairés qu'ils nous ont
donnés.*

A NOS MAITRES INTÉRIMAIRES
DANS LES HOPITAUX DE ROUEN

MONSIEUR LE DOCTEUR P. CERNE

Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR A. DEROCQUE

Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR J. DESSAINT

Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR M. TAMBAREAU

Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR POTEZ

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR DUPREY

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR CASTAGNOL

Médecin des Hôpitaux

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J. PETIT

Professeur de Clinique Chirurgicale à l'Hôtel-Dieu de Rouen

Avec l'hommage de notre profonde reconnaissance pour nous avoir permis de présenter cette thèse et nous avoir aidée de ses précieux conseils.

Nous eûmes l'honneur d'être son interne pendant deux ans, au cours desquels il nous donna de nombreuses preuves de sa bienveillance.

Il est et restera pour nous le « Patron » avec tout ce que ce mot comporte de respectueux attachement, d'admiration et de reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR M. CHEVASSU

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

Respectueux hommage de reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en voulant bien accepter la présidence de notre thèse.

CHAPITRE I

INTRODUCTION

Observation personnelle

Nous venons d'avoir la bonne fortune *d'observer*, avec notre maître, le professeur Jacques Petit, un cas particulièrement intéressant de kyste du mésentère, qu'il a bien voulu nous permettre d'étudier, sous sa bienveillante et précieuse direction.

Il s'agit d'un enfant de 6 ans dont l'histoire clinique est la suivante :

André C..., fut adressé au Pr J. Petit, en juillet dernier, pour ascite.

Depuis un an environ (son médecin qui l'a examiné deux ans auparavant n'a rien constaté d'anormal au niveau de son abdomen) ses parents avaient remarqué qu'il avait le ventre « fort » et que son ventre ne cessait d'augmenter de volume progressivement. En même temps, l'enfant était sujet à des crises douloureuses abdominales assez fréquentes, que la maman attribuait à des « coliques ».

Depuis quelques mois, ces crises étaient de plus en plus fréquentes et l'état général de l'enfant déclinait rapidement, bien que son appétit fût conservé et même exagéré ; l'enfant, fils de fermier, ingurgitait en particulier des quantités considérables de lait au cours de la journée.

A l'examen : le diagnostic de péritonite tuberculeuse à forme ascitique paraissait évident : enfant chétif, ventre étalé de batracien, épanchement ascitique considérable et des plus nets, mais toutefois, — et cette remarque ne nous est apparue qu'après confirmation de notre erreur de diagnostic — fluctuation beaucoup plus marquée que dans une ascite ordinaire ; la paroi abdominale tremblait à la moindre secousse sous forme d'ondes larges, très étendues, et on n'avait besoin d'aucun artifice pour percevoir cette sensation de flot. Habituellement, dans les ascites tuberculeuses de l'enfance, l'épanchement distend plus la paroi, le ventre est plus proéminent que dans notre observation. Par ailleurs, l'examen ne révélait aucun signe de tuberculose entéro-péritonéale, on ne notait aucun symptôme fonctionnel en dehors de la boulimie. La température était normale.

Ayant porté le diagnostic de péritonite tuberculeuse, l'héliothérapie naturelle et artificielle fut conseillée. Sous l'effet de ce traitement l'état général parut se relever, l'enfant reprit du poids ; mais, malgré une cure poursuivie pendant six semaines, l'épanchement resta stationnaire. En octobre, la

mensuration de la circonférence de l'abdomen au niveau de l'ombilic n'avait pas varié.

Devant l'échec du traitement actino-thérapique, le Dr Petit proposa à la famille une laparotomie évacuatrice, pensant y joindre une irradiation au cours de l'intervention.

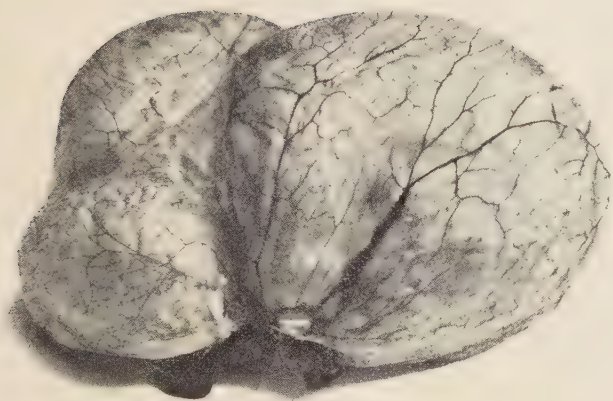
Sous anesthésie à l'éther, le Dr Petit fait donc, le 22 octobre 1934, une courte incision sous-ombilicale. Le péritoine ouvert, aucun liquide ne s'écoule ; mais apparaît aussitôt une masse jaunâtre, donnant l'apparence d'un lipome et qui paraît remplir tout l'abdomen. La première impression, en ne voyant nulle part d'anses intestinales, et pensant toujours à une péritonite tuberculeuse, est qu'il s'agit de péritonite encapsulante ; mais après avoir agrandi largement l'incision en haut et en bas, le chirurgien arrive à sortir du ventre un volumineux kyste (4 litres 1/2), qui remplit tout l'abdomen et qui, hors du ventre déborde de tous côtés sur le petit malade. La paroi du kyste paraît d'une minceur extrême, le liquide qui le remplit ne le distend aucunement et la poche prend toutes les formes possibles, ce qui explique l'extrême fluctuation constatée. Le kyste se trouve appendu par un large pédicule au bord libre de l'intestin grêle, à environ quinze centimètres de l'angle duodéno-jéjunal ; en réalité, il passe sous la face inférieure de cet intestin et son origine provient du mésentère. Toute ablation sans entérectomie est donc impossible et après ponction de 4 litres 1/2 de liquide chyleux, blanc comme un lait très gras

et très crêmeux, le chirurgien se décide à faire une résection intestinale, enlevant du même coup ce kyste volumineux. Le transit intestinal est rétabli par anastomose termino-terminale.

Après l'extraction du kyste de l'abdomen, l'intestin grêle était apparu collé à la paroi abdominale, ratatiné contre cette paroi et d'une petitesse de calibre vraiment anormale ; mais le volume du kyste, les soins de protection pris en cas de rupture de la poche, n'avaient pas permis d'examiner le mésentère. L'opération terminée, l'examen de ce mésentère montre qu'il est envahi sur toute son étendue de volumineuses varices blanchâtres ayant parfois le calibre d'un petit crayon, avec, par places, de grosses dilatations kystiques du volume d'une noisette.

Il paraît y avoir une stase généralisée dans tout le système lymphatique du mésentère, dont la cause devait provenir d'un obstacle ou d'une lésion plus haut situés. Il apparaît que l'intestin grêle ne devait avoir aucun pouvoir d'absorption et que, seul, le gros intestin avait la charge de soutenir ce petit malade.

Les suites opératoires devaient nous fournir un argument en faveur de cette supposition. La reprise de l'alimentation fut très difficile, ce volumineux kyste devait faire une soupape de sûreté, car pendant quinze jours, après chaque prise d'aliments, l'enfant se tordait de douleur pendant tout le temps paraissant correspondre à la traversée du grêle. On dut,



OBSERVATION DE J. PETIT ET M. T. ECRIN

Kyste lymphatique du mésentère par rétention chez un enfant de 6 ans

Contenance : 4 livres $\frac{1}{2}$ de liquide chyleux. On aperçoit à la base du kyste l'anse intestinale réséquée en même temps que la tumeur.

(Photographie de la pièce sèche conservée au musée d'anatomie pathologique de l'Hôtel-Dieu de Rouen.)

pour arrêter un dépérissement trop rapide, employer largement le sérum glucosé et les lavements alimentaires.

Ces troubles cessèrent assez brusquement, au bout de quinze jours, et l'alimentation put être reprise progressivement.

Examen anatomo-pathologique. Volumineux kyste à paroi mince, transparente, parcourue de fines arborisations vasculaires, accolé à un fragment d'anse intestinale de 10 centimètres de long.

L'examen microscopique n'a pas permis de déceler la présence d'endothélium, le kyste est seulement constitué d'une mince couche de tissu conjonctif.

L'examen du liquide (Dr Guerbet) a montré la composition suivante :

Albumine totale.....	7 gr. 10	pour 1 ‰
Sérine	2 gr. 60	»
Globuline	4 gr. 50	»
Cholestérine.....	1 gr. 20	»
Matières grasses	8 gr. 50	»
Chlorures en NaCl.....	6 gr. 45	»

Le pronostic porté au moment de l'intervention était très sombre.

L'état de stase généralisée constaté au niveau du mésentère pouvait faire prévoir une récurrence rapide.

Or, revu 5 mois après l'intervention, l'enfant est en parfait état. Il a repris de l'embonpoint, a très bon appétit, digère parfaitement tous les aliments y compris les graisses, et ne se plaint jamais du ventre.

Localement, on constate une bonne cicatrice, de laparatomie sus et sous-ombilicale, le ventre est plat, parfaitement indolore à la palpation qui ne décèle pas la moindre tumeur. Aucun signe d'ascite, pas de matité dans les flancs.

Un examen radioscopique a montré un médiastin libre de toute tumeur.

L'examen radioscopique du transit intestinal a montré que celui-ci était un peu accéléré : 9 heures après ingestion, tout le repas baryté remplit le côlon, depuis le cæcum jusqu'à l'ampoule rectale, sans qu'il en reste une parcelle dans l'iléon. De plus, il y a un certain degré de dolichocôlon.

Les urines sont claires, et sans traces de matières grasses.

On n'a pas trouvé de filariose dans le sang.

Le dosage des matières grasses dans le sang a donné les résultats suivants :

	Lipémie totale	Cholestérine
Avant le repas	8,20 °/oo	2,30 °/oo
Après le repas	11,70 °/oo	2,45 °/oo

Soit des chiffres normaux pour la lipémie totale, un peu élevés pour la cholestérine.

Les kystes du mésentère constituent, de l'avis de tous les auteurs, une affection relativement rare, dont la pathogénie est encore controversée.

Le cas que nous publions présente des modalités particulières, tant dans son aspect clinique, que dans

l'extension des lésions constatées sur les chylières, dont nous n'avons pas rencontré d'exemple dans la littérature.

Ces considérations nous ont incitée à revoir la question des kystes du mésentère et à faire, de cette étude, l'objet de notre thèse inaugurale.

Nous nous attacherons seulement à l'étude des kystes développés aux dépens du tissu lymphatique du mésentère, catégorie à laquelle appartient notre cas.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

L'étude des kystes lymphatiques du mésentère est restée longtemps inséparable des travaux d'ensemble sur les tumeurs du mésentère. Celles-ci restèrent mal connues jusqu'au milieu du ^{xix}^e siècle, époque où l'essor naissant de la chirurgie abdominale permit de les observer « in vivo ».

En effet, jusque-là, tous les cas connus dans la science furent des trouvailles d'autopsie.

Le premier de ces cas fut publié, au début du ^{xvi}^e siècle, par un anatomiste florentin du nom de Benevieni, qui le rencontra au cours de l'autopsie d'un enfant de 5 ans mort de pneumonie.

Morgani en observa et en décrivit plusieurs exemples, avec son habituelle précision, mais ses observations restèrent isolées.

En 1803, Portal fait une première classification en tumeurs squirrheuses, stéatomateuses, pierreuses, cancéreuses et hydatiques. (Ces dernières comprenaient non seulement les kystes hydatiques, mais encore toutes les tumeurs kystiques quelle que soit leur nature.)

Rokitanski, en 1842, fait la première description d'un kyste à contenu chyleux, découvert à l'autopsie.

En 1880, Péan étudie 3 cas de kystes du mésentère et, à ce propos, préconise la marsupialisation comme traitement de choix.

A la même époque, Tillaux en étudie très soigneusement la symptomatologie, il parvient à en faire le diagnostic avant l'intervention, et confie à Merklen l'examen histologique des cas qu'il a observés. Ses travaux sont résumés, en 1884, dans la thèse inaugurale de son élève Collet.

En 1886, Augagneur consacre sa thèse d'agrégation aux « Tumeurs du mésentère ». Dans ce travail très documenté, qui servira de base à tous les travaux ultérieurs, il donne des tumeurs du mésentère une classification basée sur la pathogénie, les divisant en :

1. Lymphangiomes.
2. Kystes hydatiques.
 - » séreux.
 - » hématiques.
3. Lipomes.
4. Fibromes.
5. Embryomes.
6. Tumeurs malignes.

En 1892, Bracquahaye consacre un important mémoire aux kystes du mésentère en se plaçant surtout au point de vue chimique et thérapeutique.

Il divise leur histoire en 3 périodes :

1^o De Benevieni à 1850, tous les cas connus sont des trouvailles d'autopsie ;

2^o De 1850 à 1880, ère d'intervention par erreur de diagnostic, on les opère, croyant avoir affaire à une autre affection ;

3^o De 1880 à 1892, on arrive à en faire le diagnostic clinique et à les opérer parfois avec succès.

En réalité, nous verrons que même de nos jours, les erreurs de diagnostic sont encore extrêmement fréquentes.

En 1900, Dowd reprend l'étude des kystes mésentériques et il les divise en trois grandes classes : kystes malins, kystes hydatiques, kystes embryonnaires.

Depuis 1900, de nombreux auteurs ont écrit sur la question à propos de cas cliniques rencontrés.

Parmi les travaux que nous avons pu consulter, nous citerons en particulier, en 1905, une étude de Broca et Daniel sur les kystes du mésentère chez l'enfant. Les auteurs en trouvèrent alors 24 observations dans la science, sans distinction de nature.

En 1912, dans la « Revue de gynécologie et chirurgie abdominale », Proust et Monod font une revue générale substantielle de la question. Proust, après avoir repris la classification et l'anatomie pathologique des kystes du mésentère, donne d'utiles indications sur leur traitement.

Enfin, quelques auteurs ont tenté l'étude expérimentale des kystes du mésentère, en particulier : Schlomann, Schmidt-Mulheim, Bøgehold, Jousset,

mais le résultat de leurs expériences est contradictoire.

Dans cette brève revue, nous nous en sommes tenue surtout aux travaux publiés en France, mais la question a également fait l'objet de nombreux travaux étrangers auxquels nous ferons de larges emprunts au cours de notre étude et dont on pourra retrouver la source dans notre index bibliographique.

CHAPITRE III

GÉNÉRALITÉS

Ainsi que nous l'avons vu au cours de notre étude historique, beaucoup d'auteurs se sont attachés à donner une classification des kystes du mésentère.

C'est qu'en effet, en dehors des tumeurs solides telles que : fibromes, lipomes, sarcomes, cancer secondaire, on trouve au niveau du mésentère des kystes de siège et de nature très variés.

D'autre part, on peut trouver en dehors du mésentère, soit en arrière du péritoine, soit entre les surfaces d'accolement des divers mésos, soit même dans l'atmosphère périrénale, des formations kystiques qui peuvent être de même origine et de même nature que celles que nous verrons entre les feuillets du mésentère libre, mais qui se distinguent d'elles par leur siège et leurs caractères cliniques.

D'autre part, les kystes du mésentère proprement dit, peuvent avoir pris naissance en arrière du péritoine, et s'être développés secondairement dans le mésentère en dédoublant ses deux feuillets (Observation de Larget).

Nous classerons les kystes du mésentère proprement dit en :

- 1^o Kystes traumatiques ;
- 2^o Kystes d'origine embryonnaire ;
- 3^o Kystes lymphatiques.

Nous ne ferons pas entrer dans cette classification les *kystes hydatiques*, qui sont toujours secondaires, et qui, en réalité, ne se forment pas dans le mésentère, mais se développent à la surface du péritoine, ainsi que l'a montré F. Dévé.

Les *kystes traumatiques* ne sont, en général, que des hématomes enkystés du mésentère.

Les kystes d'origine nettement *embryonnaire* comprennent les kystes dermoïdes, les kystes développés aux dépens des débris embryonnaires du corps de Wolff, du canal de Müller, ou du canal vitellin, les kystes entéroïdes provenant soit d'exclusion intestinale par pincement, soit de débris de formations analogues au diverticule de Meckel.

Enfin, reste la grande classe des *kystes développés aux dépens du tissu lymphatique* du mésentère qui est, de beaucoup la plus importante, la plus complexe, la plus discutée, et qui fera seule l'objet de notre étude.

Ces kystes sont généralement désignés sous les vocables généraux de kystes séreux et chyleux. Mais nous verrons que cette désignation de leur contenu ne renseigne aucunement sur leur nature puisqu'il existe des kystes d'origine intestinale (Des gouttes et Ricard) ou même para-ovarienne (Obs.

de Ney et Wilkinson) à contenu chyleux. D'autre part, le contenu séreux est loin d'être propre aux kystes lymphatiques, puisqu'on le trouve habituellement dans les kystes entéroïdes, les kystes wolffiens et les kystes séreux par défaut d'accolement, bien décrits par Cunéo, que l'on rencontre au niveau des surfaces d'accolement des divers mésos.

De plus, les kystes lymphatiques du mésentère peuvent avoir un contenu hématique, plus ou moins modifié lorsqu'il s'est produit une hémorragie intrakystique.

Enfin, lorsque les kystes lymphatiques sont multiloculaires, leur contenu peut varier d'une poche à l'autre (Tuffier, Obs. de Collins, Makins, Friend, Harbitz).

Donc, pour nous résumer, *les kystes lymphatiques du mésentère sont des tumeurs liquides, à parois propres, développées primitivement ou secondairement, par extension, entre les 2 feuillets du mésentère de l'intestin grêle, aux dépens du tissu lymphatique du mésentère (vaisseaux ou ganglions).*

Ces kystes sont uniques ou multiples, uniloculaires, pauciloculaires ou multiloculaires, et leur contenu peut être : séreux, chyleux, hématique, ou variable d'une poche à l'autre.

Nous avons pu en réunir 30 observations, qui vont servir de base à notre étude étiologique, anatomo-pathologique, pathogénique, clinique et thérapeutique.

CHAPITRE IV

ÉTIOLOGIE

Les kystes lymphatiques représentent la majorité des kystes du mésentère, mais cette affection est elle-même relativement rare.

En 1911, Ney et Wilkinson en ont recueilli 200 cas dans la littérature, et, en 1924, Twistington Higgins et Eric Lloyd, en comptent environ 250 cas, sans distinction de nature.

En 1905, Klemm avait réuni 52 cas de kystes lymphatiques qui ont fait la base de ses études histopathogéniques.

Nous-même, avons pu recueillir 30 observations de kystes d'origine lymphatique dont 29 postérieures à 1905.

Il est assez difficile d'établir une proportion exacte de la fréquence des kystes lymphatiques par rapport aux autres, car beaucoup d'observations publiées sont incomplètes, ou ne comportent pas d'examen histologique.

Les kystes lymphatiques ont été observés à tous les âges. Bien que rares chez le nourrisson, Broca cite le cas d'un enfant de 11 semaines qui fut trouvé porteur d'un kyste volumineux. Ils sont très fréquents chez l'enfant de 4 à 13 ans (12 cas sur 30 observations) bien que les auteurs s'accordent à reconnaître leur fréquence plus grande à l'âge moyen de la vie.

Nous avons été personnellement frappée de la fréquence des cas concernant des femmes au voisinage de la ménopause : sur 12 observations féminines, nous avons 6 femmes entre 40 et 50 ans.

Les observations redeviennent rares chez le vieillard. Si l'on admet que les kystes lymphatiques soient presque tous congénitaux, on comprend qu'ils se manifestent avant la vieillesse, et s'ils sont restés latents jusque-là, ils sont tellement modifiés qu'il est parfois difficile de découvrir leur nature.

Enfin, les kystes seraient un peu plus fréquents chez la femme que chez l'homme. J. O. Warfield étudiait dernièrement 129 observations de kystes du mésentère, rencontrés 71 fois chez la femme, 37 fois chez l'homme, et 21 fois sans indication de sexe. Mais il faut dire que sa statistique concerne les kystes du mésentère en général et comprend des kystes dermoïdes, wolffiens, parovariens, jamais rencontrés chez l'homme, au niveau du mésentère.

C'est peut-être ce qui explique que ses conclusions soient opposées à celles qui se dégagent de l'examen

de nos observations qui se décomposent comme suit :

3 à 8 ans	9 cas	6 H.	1 F.	2 Sexe inconnu
10 à 13 ans	3 »	1 H.		2 Sexe inconnu
16 à 36 ans	8 »	5 H.	3 F.	
40 à 48 ans	6 »		6 F.	
62 ans	1 »	1 H.		
77 ans	1 »		1 F.	
Age inconnu	2 »			2 Sexe inconnu
	30 cas	13 H.	11 F.	6 Sexe inconnu

CHAPITRE V

ANATOMIE PATHOLOGIQUE MACROSCOPIQUE

1. Siège

Les kystes développés aux dépens du système lymphatique de l'intestin peuvent siéger à différents niveaux, depuis les chylifères d'Aselli jusqu'au confluent des troncs collecteurs dans la citerne de Pecquet.

Nous ne nous occuperons que de ceux qui siègent dans les limites du mésentère libre du grêle.

Les uns, très près du bord intestinal peuvent en déformer la lumière, et occasionner des troubles du transit qui vont parfois jusqu'à l'occlusion vraie (Obs. 2 de Makins, Obs. de Harbitz).

Le malade de Makins avait un groupe de kystes mésentériques dont le plus gros avait provoqué une occlusion aiguë par coudure de l'intestin grêle. Chez le malade de Harbitz, les kystes s'insinuaient entre l'intestin et la séreuse sur les 2 faces de celui-ci, affectant en coupe une disposition en fer à cheval à branches rapprochées.

Certains kystes pénètrent plus ou moins la tunique musculieuse, pouvant même se développer entre la muqueuse et la musculieuse (Obs. de Wakeley) (1), rendant l'extirpation très dangereuse. Dans une observation de Broca, un de ces kystes inclus dans la paroi intestinale et laissé en place, fut le siège d'une perforation méconnue qui causa la mort de la malade.

Le plus souvent, ils siègent à mi-hauteur du mésentère, c'est à ce niveau qu'ils sont le mieux tolérés et qu'ils offrent les symptômes cliniques les plus typiques.

Plus ils se rapprochent de la racine du mésentère, plus ils entrent en contact intime avec les importants vaisseaux mésentériques, et moins ils sont mobiles.

Par rapport à l'intestin, on les trouve sur toute sa longueur, depuis l'angle duodéno-jéjunal jusqu'à la valvule iléo-cæcale.

La majorité des cas appartient à la région jéjunoliléale, et à la terminaison de l'iléon. Toutefois, nous n'en avons pas trouvé dans les derniers 40 centimètres de l'iléon.

En confrontant les observations de kystes de différentes natures que nous avons pu rencontrer, il ne nous a pas semblé possible de tirer une présomption de nature de leur siège par rapport à l'angle duodéno-jéjunal, ou à la valvule iléo-cæcale.

(1) L'origine lymphatique de ce kysté n'est pas démontrée.

Les kystes n'ont généralement pas des rapports égaux avec les 2 feuillets du mésentère.

Quand ils soulèvent également les 2 feuillets, ils ont cependant des rapports plus intimes avec le feuillet contenant les vaisseaux d'où vient leur pédicule.

Mais ils soulèvent parfois asymétriquement les 2 feuillets, l'un de ceux-ci (généralement celui qui est avasculaire) pouvant entourer presque complètement le kyste (Obs. personnelle).

A un degré de plus, le kyste est enveloppé tout entier par un seul feuillet, rattaché au second par un étroit pédicule vasculaire.

Cette disposition facilite évidemment beaucoup l'ablation, mais nous n'en avons trouvé qu'un exemple (Hylkema). La grande mobilité du kyste dans ce cas, avait été la cause de son enclavement dans le petit bassin, suivi d'accidents d'occlusion aiguë.

En général, les accidents d'occlusion sont plutôt dus à la torsion du kyste, qui ne se produit jamais seule, mais entraîne toujours avec elle l'anse intestinale correspondante au kyste. De la hauteur du kyste sur le mésentère dépend la longueur d'intestin entraînée dans la torsion ; quand le kyste est voisin de l'intestin, l'anse intéressée est courte, mais la torsion plus serrée oblige souvent à une résection intestinale.

La longueur de l'intestin participant à la torsion peut être considérable. Dans l'observation de Rein-

hold le volvulus intéressait l'iléon et la moitié droite du colon.

2. Morphologie

Les kystes lymphatiques du mésentère revêtent des aspects multiples.

Leur *volume* varie de la taille d'une orange à celle d'une tête d'adulte et beaucoup plus, certains occupant tout l'abdomen (Obs. de Wilson, Abadie, Obs. personnelle), mais il en est qui ne dépassent pas la taille d'un pois. Dans ce cas, ils ne sont décelés que lorsqu'ils accompagnent une tumeur plus importante.

S'ils sont le plus souvent *uniques* (Obs. de Reiles, Cornioley, Hinz, Proust, Dujarier, Raul, Reinhold, Hylkema, Einaudi, Phelan, Starr Judd 1 et 2, Guibal, J. Petit); ils peuvent être *multiples*, se présentant généralement sous la forme d'une tumeur principale, entourée de satellites de dimensions très réduites (Martin, Broca 1 et 3). Dans quelques cas, il y a un groupe de 4 ou 5 kystes de volumes voisins, ramassés en grappe (Obs. de Makins, Porter, Collins, Harbitz.)

Ces formes marquent la transition entre les kystes multiples et les kystes *multiloculaires*, tumeurs uniques, contenant de nombreuses cavités, plus ou moins dilatées, communiquant ou non les unes avec les autres comme dans les observations de Larget,

Abadie, Starr Judd, Wilson, Levison, Weichselbaum, Collins 1, Flynn.

Pour Porter, beaucoup de ces kystes sont d'abord multiples, ils deviennent multiloculaires, puis uniloculaires, par un processus de « compression-absorption ». Cette opinion a été reprise par Makins, qui admet qu'ils sont d'abord multiloculaires et qui a observé sur la face interne de certains kystes des arêtes, sortes de septa, qu'il considère comme des reliquats des cloisons primitives.

Enfin, certains kystes présentent à la coupe un aspect spongieux car ils sont constitués d'une infinité de petites cavités, parmi lesquelles un petit nombre seulement se montrent dilatées.

Les kystes sont tantôt sphériques, à paroi externe lisse et brillante, c'est le cas des petits et des moyens, tantôt ovoïdes, multilobés, bosselés, ballonnés dans l'intervalle des tractus fibreux qui parcourent leur paroi (Obs. de Cornioley. Obs. personnelle). Celle-ci est parfois très mince, transparente, laissant deviner l'aspect du liquide qu'elle renferme. Mais elle peut aussi être épaisse (de 1 à 5 mm.), de coloration blanc pur, ou bleutée, lie-de-vin, ou même franchement brune.

La paroi est sillonnée de fins vaisseaux nourriciers ; les vaisseaux mésentériques ont parfois creusé à sa surface de véritables sillons, ils peuvent même être si fortement incrustés dans cette paroi qu'on ne peut les en séparer sans risquer de les déchirer, (Obs. de Flynn).

Nous avons vu que le contenu de ces kystes était

également variable. Tantôt c'est un liquide blanc, ayant la consistance et l'aspect d'un lait crémeux, et les caractères chimiques et cytologiques du chyle, c'est-à-dire qu'on y trouve : une forte proportion d'eau (90 % environ), des sels minéraux en petite quantité (1 %), de l'albumine, de la cholestérine, et de la graisse émulsionnée en proportions variant de 0,5 à 5 %.

L'examen microscopique, en dehors de nombreux globules graisseux, montre l'existence de quelques lymphocytes.

Parfois le liquide chyleux acquiert une consistance très épaisse rappelant la consistance du sébum ou du caséum (Obs. de Martin).

Tantôt, le kyste renferme un liquide séreux, parfaitement clair, incolore ou jaune citrin. Ce sont ces kystes que Proust appelle lymphatiques par opposition aux kystes chyleux. Mais Bauer a montré que la composition du liquide qu'ils contiennent, analogue à celle de la lymphe, est très voisine de celle du chyle, et pour Cornioley, les kystes séreux d'origine lymphatique ne seraient qu'une transformation de kystes primitivement chyleux. La présence d'un contenu séreux traduirait seulement l'ancienneté du kyste.

La cavité kystique renferme quelquefois du sang plus ou moins modifié, donnant au liquide une teinte brunâtre, chocolat, soit qu'il se soit produit une hémorragie intra-kystique à la suite d'un traumatisme, soit que le suintement sanguin ait été secondaire à une torsion plus ou moins complète, soit

qu'un processus d'inflammation chronique ait déterminé dans la paroi du kyste un processus analogue à la pachyvaginalite.

Enfin, qu'il s'agisse de kystes multiples ou même de kystes multiloculaires, il n'est pas rare de trouver des liquides différents dans les diverses cavités : séreux et chyleux par exemple (Tuffier), ou même séreux, chyleux et hémorragique (Obs. de Collins).

3. Lésions de voisinage

Au voisinage du kyste, le mésentère est très souvent épaissi, fibreux. Malgré cela, il est très rare que l'état inflammatoire du mésentère soit assez marqué pour déterminer des adhérences avec les anses voisines, comme nous le voyons dans l'observation de Larget.

Fait très intéressant pour la pathogénie de certains kystes, les vaisseaux chylifères du mésentère sont parfois dilatés et gorgés de chyle au voisinage de la tumeur. Cette disposition, rarement signalée, est généralement discrète comme dans les observations de Cornioley et de Collins 2.

Dans la première, Cornioley rapporte qu'il a constaté « trois taches blanches laiteuses, rectangulaires, formées de fines stries ondulées et très rapprochées les unes des autres, partant de l'attache intestinale pour aboutir aux kystes. Ce sont des vaisseaux lymphatiques, gorgés de chyle et dilatés ».

Collins constate seulement qu'il y a des vaisseaux chyleux sous-séreux du grêle dilatés en rapport avec de petits kystes.

Mais dans le cas que nous avons observé, ce processus a pris une ampleur extraordinaire, puisque non seulement la portion en rapport avec le kyste, mais la totalité du mésentère est parcourue d'énormes vaisseaux blancs, sinueux, gorgés de chyle, irréguliers, bosselés, véritables varices lymphatiques.

Enfin, les ganglions du mésentère présentent souvent un certain degré d'inflammation chronique, dans une observation de Collins, il y a même une véritable adénite mésentérique.

Ces adénites peuvent être secondaires, ou au contraire préexister et jouer un rôle dans la pathogénie du kyste.

CHAPITRE VI

HISTOLOGIE

L'examen microscopique des kystes lymphatiques montre qu'ils sont essentiellement constitués de tissu conjonctif, renfermant des éléments variés, doublé d'un revêtement endothélial.

Cette disposition caractéristique présente des modalités que l'on peut ramener à deux types principaux entre lesquels on peut trouver tous les intermédiaires.

1^o Dans certains kystes, à paroi d'épaisseur moyenne, le tissu conjonctif se dispose sur 3 couches :

a) Une couche externe de *tissu conjonctif lâche*, parfois riche en nodules graisseux, contient des capillaires sanguins en abondance et parfois un fin réseau lymphatique de nouvelle formation (Klemm).

b) Une couche moyenne disposée en lamelles parallèles, contient des *fibroblastes* ; on y distingue quelques fibres élastiques et quelquefois des *fibres musculaires* lisses, isolées ou disposées en faisceaux, et des *amas lymphoïdes* plus ou moins importants ;

c) Une couche interne, plus inconstante de *tissu réticulé ou feutré*, qui retient dans ses mailles des cellules embryonnaires, des cellules graisseuses et des cellules lymphoïdes.

Enfin, tapissant la paroi interne du kyste, on trouve un *endothélium*, ayant tous les caractères de l'endothélium lymphatique avec ses cellules plates imbriquées en « jeu de patience ».

2° Dans d'autres cas, bien décrits par Klemm, si l'on retrouve les mêmes éléments fondamentaux, ils sont dans un état de *prolifération remarquable* qui en fait de véritables tumeurs angiomateuses : des *lymphangiomes*, ou mieux des *chylangiomes*.

Les fibres conjonctives s'entrecroisent en directions variées, les faisceaux musculaires, disposés sans ordre, sont particulièrement nombreux, la paroi est creusée de nombreuses cavités, tapissées ou non d'un endothélium qui, à certains endroits, se présente sur plusieurs couches.

De place en place, on trouve des amas de cellules géantes à noyaux multiples.

Dans les vaisseaux lymphatiques qui sont extrêmement nombreux, on trouve des points où la paroi du vaisseau commence à proliférer. A ce niveau, la paroi double ou triple d'épaisseur. De ce point, partent des cordons cylindriques pleins qui se dirigent vers la périphérie et se creusent bientôt pour former de nouveaux vaisseaux qui vont s'élargir et donner de nouvelles cavités kystiques de forme irrégulière.

Cet aspect est tout à fait analogue à celui que l'on trouve dans les lymphangiomes du cou ou de l'aisselle, et c'est aux dépens de ces formes qu'on observerait des dégénérescences malignes (lymphangio-endothéliomes). Il ne nous a pas été donné d'en rencontrer d'exemple.

Ce qui fait la difficulté d'interprétation des coupes histologiques, c'est que *les éléments que nous venons de décrire sont rarement réunis au complet*. Le revêtement endothélial est très fragile et a parfois complètement disparu. D'autres fois, on n'en retrouve que quelques îlots disséminés qu'il faudra rechercher avec soin par des coupes en série, car la présence d'un endothélium est caractéristique de l'origine lymphatique.

Les fibres musculaires peuvent manquer également, d'ailleurs, malgré l'opinion de Ritter, leur présence n'est pas pathognomonique, puisqu'on les trouve dans les kystes entéroïdes où elles sont particulièrement abondantes.

Aussi, bien souvent, dans les kystes à paroi très mince, ou à paroi modifiée par une inflammation chronique on ne retrouve qu'une couche de tissu fibreux, où tout élément cellulaire est méconnaissable. Dans ce cas, il est impossible d'affirmer la nature du kyste, par le seul examen microscopique, quand il n'existe pas, à côté de la tumeur principale, des éléments permettant de trouver une structure caractéristique.

Ce sont alors les renseignements cliniques et opératoires qui devront fournir les éléments d'un diagnostic de nature, sans que l'on puisse toujours conclure de façon certaine.

CHAPITRE VII

PATHOGÉNIE

Depuis que les kystes mésentériques à contenu séreux ou chyleux sont connus, ils ont été l'objet de nombreuses recherches tendant à expliquer leur mode de formation et la présence de lymphes plus ou moins modifiée dans leur cavité.

Nous n'insisterons pas sur les kystes séreux par défaut d'accolement de Cunéo, qui ne répondent pas à notre définition puisqu'ils ne peuvent qu'accidentellement contenir du chyle et que, lorsqu'ils siègent entre les deux feuillets du mésentère libre, ils n'ont pas de paroi propre.

Pour certains auteurs, les kystes du mésentère seraient tous dus à des *débris embryonnaires* évoluant pour leur propre compte. Qu'il s'agisse de débris du corps de Wolff, du canal de Müller, de l'ovaire, du canal vitellin, ou d'exclusions intestinales, par pincement ou enclavement, ou de reliquat du diverticule de Meckel, ou de kystes dermoïdes ou tératoïdes. S'ils contiennent du chyle, c'est qu'ils sont « si bien en rapport avec les chylofères que

le chyle s'est répandu en eux » et « il semble assez bien établi qu'ils sont réellement d'origine embryonnaire » (Dowd). Cette opinion a été défendue également par Bracquehay, Niosi, Twistington Higgins.

Cependant, s'il existe bien des kystes embryonnaires dont la structure rappelle les organes précités dont ils sont issus, cette origine ne peut s'appliquer aux kystes dont nous nous occupons puisque nous avons vu qu'ils ont une structure rappelant le tissu lymphatique, qu'ils peuvent être multiples et qu'on peut trouver des lésions s'étendant à tout le réseau lymphatique du mésentère (Obs. personnelle).

Il existe donc des kystes purement lymphatiques. Plusieurs théories cherchent à les expliquer ; les différents auteurs qui les ont étudiés ont donné la prépondérance tantôt à l'une, tantôt à l'autre de ces théories.

Les principales sont :

1. La théorie ganglionnaire.
2. La théorie de la malformation congénitale.
3. La théorie de la néoformation.
4. La théorie de la stase lymphatique.

La théorie *ganglionnaire*, la plus ancienne, a été exposée pour la première fois par Potain, qui voit dans ces kystes des ganglions distendus. A la suite d'inflammation chronique d'origine intestinale : tuberculeuse, typhique ou dysentérique, le ganglion subirait une dégénérescence kystique. Cette théorie s'appuie sur le fait qu'on retrouve dans la paroi de

certaines kystes, du tissu réticulé et des nodules lymphoïdes.

Mais ces nodules ne sont nullement caractéristiques du ganglion lymphatique, on les trouve toutes les fois qu'il y a réaction inflammatoire.

Cette pathogénie est actuellement rejetée à peu près universellement, on ne peut l'admettre qu'exceptionnellement lorsqu'on observe sur plusieurs ganglions tous les stades successifs allant de la simple dilatation des tissus ganglionnaires à la formation de cavités kystiques, puis de kystes proprement dits (Obs. de Proust et Monod).

Une opinion intéressante a été émise par Hadley, en 1916. S'appuyant sur le développement embryonnaire du système lymphatique qui naît de 4 sacs lymphatiques isolés siégeant : deux à la base du cou, un dans la région coélique, un dans le pelvis, il admet que les kystes du mésentère naissent de *málformations*, d'arrêts de développement au cours de l'évolution du sac lymphatique coélique. Il rapproche ces kystes de ceux que l'on retrouve à la base du cou et des régions inguinales. Ces arrêts de développement se produiraient au moment de la formation des ganglions, quand ceux-ci sont encore à l'état de plexus. Mais Hadley reconnaît que cette pathogénie n'est valable que pour les kystes rétro-péritonéaux, et d'autre part, les caractères histologiques qu'il donne sont plutôt en faveur d'une nature angiomateuse, opinion défendue par Von Rittner et Klemm.

Ces derniers admettaient déjà une origine congénitale mais par *néoformation* et non par malformation. Ils ont montré que dans la paroi de certains kystes, on trouve des éléments proliférants, des bourgeons polypeux, des cavités et des vaisseaux en voie de néoformation très active (Cf. Histologie), qui font de ces kystes de véritables tumeurs angiomateuses, bénignes le plus souvent, puisque nous n'avons pas rencontré de cas de dégénérescence.

Klemm les a classées en : chylangiomes simples (agglomération de capillaires lymphatiques flexueux à structure normale), chylangiomes caverneux (tumeur à multiples cavités d'aspect spongieux), chylangiome kystique (kyste unique ou groupe de kystes pauci ou uniloculaires) (1).

En réalité, l'aspect proliférant n'est guère rencontré en dehors des formes de chylangiomes caverneux, seuls véritablement caractéristiques.

Pour Lannelongue et Lecène, le développement des lymphangiomes est conditionné par une malformation congénitale des vaisseaux lymphatiques.

La théorie de la *stase lymphatique* admet que l'oblitération d'un ou de plusieurs troncs lymphatiques du mésentère, ou du canal thoracique lui-même, cause une accumulation de chyle dans les

(1) Un kyste angiomateux observé par Starr Judd est publié sous le nom « d'hémangiome ». Nous ne savons pas s'il s'agit véritablement d'un hémangiome ou d'un chylangiome à contenu hémorragique.

capillaires qui peuvent se dilater au point de donner des kystes qui seront de simples lymphangiectasies.

Virchow s'appuie sur l'observation d'un malade porteur d'un carcinome du médiastin comprimant la canal thoracique et chez lequel « il existait des dilatations considérables du système lymphatique » (d'après Hinz).

Weiniwarter admit comme étant la cause d'un kyste chyleux chez un enfant de 4 mois, une occlusion congénitale du canal thoracique ; mais nous n'avons pas pu nous procurer son observation et nous ne savons pas si cette occlusion a été vérifiée.

Cette théorie a été reprise par Rokitanski et Späth et appuyée, en 1910, par Hinz, qui cite les expériences de Rautenberg et de Schlomman. Ces auteurs ont pu déterminer par la ligature de vaisseaux lymphatiques périphériques (au cours de ligatures de l'uretère) des dilatations kystiques des vaisseaux en amont dépassant le volume d'une noisette.

Les expériences récentes de Lee, de Gabrielle sur le chien ont montré que l'arrêt de la circulation lymphatique détermine une dilatation considérable des voies lymphatiques en amont de la ligature (Rouvière).

A quoi serait dû l'obstacle ? Tantôt à une malformation congénitale, sténose ou oblitération, tantôt à une compression externe par une tumeur cancéreuse, tantôt à une oblitération d'origine néoplasique : embolie de cellules cancéreuses ; ou parasi-

taire : altération des parois vasculaires par la filaire de Bancroft, ou même tout simplement à un embolus de chyle épaissi (Rokitanski et Späth). Les ganglions atteints d'adénite pourraient aussi former obstacle dans certains cas (Obs. de Collins 2).

On assisterait alors au niveau du mésentère au développement de varices lymphatiques par un processus analogue à celui qui cause l'éléphantiasis (Gazaniola), l'ascite et l'hydrocèle chyleux.

A priori, cette théorie soulève des objections importantes.

En effet : 1^o Si l'obstacle siège sur le canal thoracique, on doit observer une stase généralisée dans tout le système lymphatique, et non pas un ou quelques kystes en une zone localisée du mésentère.

2^o Si l'obstacle siège sur un des troncs collecteurs du mésentère, les anastomoses entre les vaisseaux lymphatiques sont si nombreuses qu'on ne voit pas comment la stase peut persister.

3^o L'oblitération du canal thoracique est relativement fréquente dans les cas de tumeur gastrique ou médiastinale, et on trouve dans la littérature un certain nombre d'observations d'ascite chyleuse avec distension des chylifères (1). A la suite de cette affection, on n'a jamais relaté, dans ces cas, de kyste volumineux du mésentère. L'observation de Virchow, elle-même, est assez peu explicite.

Cependant il est possible qu'une simple gêne,

(1) Obs. de Trémolières et Hurez.

due à une oblitération incomplète d'un tronc lymphatique, ne s'opposant pas au cours du chyle, mais le ralentissant, occasionne à la longue une dilatation kystique d'un vaisseau lymphatique, surtout si l'on admet que les valvules s'opposent dans une certaine mesure au reflux du chyle.

Il semble bien que cette opinion soit justifiée lorsqu'on trouve signalée dans une observation la présence de vaisseaux dilatés et gorgés de chyle, allant de l'intestin à la tumeur principale (Obs. de Cornioley et Collins 2). Il est regrettable que les observateurs n'aient pas tous recherché ce signe et donné le résultat positif ou négatif de leur investigation. Nous avons seulement trouvée relatée une fois une recherche négative de vaisseaux dilatés dans la 1^{re} observation de Collins, où il s'agissait de façon certaine d'un chylangiome.

En ce qui concerne le kyste que nous avons observé, bien qu'il n'ait pas été possible au cours de l'intervention de trouver la cause de la stase lymphatique, il n'en est pas moins vrai que notre observation serait en faveur de cette théorie. L'obstacle devait siéger haut, peut-être sur le canal thoracique, puisque tous les vaisseaux lymphatiques du mésentère présentaient un état de distension extrême. Ces vaisseaux étaient non seulement énormes, mais bosselés, certaines dilatations atteignant la taille d'une noisette. La tumeur principale représentait sans doute le stade ultime de l'une de ces dilatations kystiques, et devait jouer le rôle de réservoir, de trop-

plein pour l'afflux du chyle consécutif à la digestion de chaque repas. On peut admettre que s'il n'y avait pas d'ascite chyleuse, chez cet enfant, c'était grâce à la présence de cette sorte de « vésicule chyleuse » qui empêchait la tension de devenir exagérée dans le système lymphatique. Après l'ablation du kyste, les crises douloureuses très violentes que l'enfant a présentées après chaque prise d'aliment semblent bien correspondre à la brusque distension de ses vaisseaux chylifères. Il serait intéressant de saisir si, par la suite, il ne se produira pas chez notre enfant un épanchement ascitique, soit par rupture d'un vaisseau chylifère, soit par transsudation, ou si nous n'assisterons pas au développement d'un second kyste réservoir.

Cinq mois après l'intervention, l'enfant reste apparemment guéri physiquement et fonctionnellement, mais il ne nous est pas possible de nous rendre compte cliniquement de l'état de ses vaisseaux chylifères, il faudrait pour cela une nouvelle laparotomie que rien ne justifie. D'après les constatations faites au cours de l'intervention, quel peut être aujourd'hui l'état des lésions laissées en place ?

Où bien, l'enfant est définitivement guéri, et, si l'on admet qu'il y ait eu stase, elle doit avoir disparu, probablement dans les jours qui ont suivi l'intervention. A ce moment, l'hypertension brutale du système lymphatique consécutive aux digestions a pu faire céder un obstacle accidentel qui était le point de départ de la maladie.

Ou bien, la stase persiste et le délai de 5 mois est trop court pour rendre une récurrence cliniquement perceptible.

En dehors de ces deux alternatives, si l'état variqueux des chylifères existe encore, il faudrait admettre qu'il n'est pas dû à une distension mécanique et il faudrait supposer une hypertrophie lymphangiomateuse congénitale de tout le système chylifère. Mais la généralisation du processus, la disposition des vaisseaux, normaux en dehors de l'augmentation de calibre, rendent peu satisfaisante cette hypothèse. Nous regrettons cependant qu'on n'ait pu faire l'examen histologique des vaisseaux dilatés.

Ainsi, nous avons vu que la pathogénie des kystes lymphatiques du mésentère n'est pas une, et qu'il n'est pas possible d'en adopter une à l'exclusion des autres.

S'il existe des kystes d'*origine congénitale* :

Malformations congénitales.

Chylangiomes.

Kystes par rétention, quand la gêne de la circulation est due à un *obstacle congénital*.

Il existe également des kystes *acquis* :

Dégénérescence ganglionnaire.

Kystes par rétention, secondaires à une stase d'*origine inflammatoire, cancéreuse ou parasitaire.*

Quelle est la fréquence relative de ces différentes pathogénies ?

Les malformations congénitales sous la forme émise par Hadley nous paraissent exceptionnelles,

nous n'avons trouvé aucune observation en faveur de cette hypothèse.

Les cas de sténose congénitale du canal thoracique ou des collecteurs du chyle sont difficilement contrôlables en dehors des constatations d'autopsie, on ne peut que les soupçonner lorsque les kystes se manifestent dans le jeune âge et qu'on ne trouve pas de tumeur ou d'accidents inflammatoires pour expliquer la rétention.

Les kystes de nature chyliangiomateuse constituent par contre le groupe le plus important. Sur 30 observations recueillies, il s'agit 22 fois de chyliangiomes soit 73,3 %, 3 fois de kystes ganglionnaires soit 10 % environ, 3 fois de kystes par rétention 1 %.

Pour ces derniers, nous n'avons pas retrouvé la cause de la stase, sauf dans l'observation de Collins 2, où l'obstacle est très probablement dû à une volumineuse adénite caséuse du mésentère.

CHAPITRE VIII

ÉTUDE CLINIQUE

Les kystes lymphatiques ont une symptomatologie analogue à celle des autres kystes du mésentère. De même que pour ces derniers, l'affection se présente sous des aspects cliniques très différents les uns des autres, très souvent avec une symptomatologie d'emprunt qui explique la fréquence des erreurs de diagnostic.

Symptômes fonctionnels

Le *début* de la maladie est insidieux et passe toujours inaperçu, la marche en est lente, parfois coupée de complications, mais le plus souvent les premiers symptômes sont les signes fonctionnels. dont le plus constant et le plus typique est la *douleur*.

Elle affecte tantôt la forme de douleurs à type chronique, tantôt la forme de crises douloureuses paroxystiques plus ou moins espacées.

Les premières sont assez irrégulières dans leur apparition et leur durée, avec cependant une ten-

dance générale à devenir de plus en plus fréquentes et marquées.

Leur siège est extrêmement variable : épigastrique, chez les malades de Collins et de Raul, lombaire chez la malade de Guibal, péri-ombilical ou pelvien, on les trouve fréquemment dans la fosse iliaque droite (Hinz, Porter, Starr Judd, Collins 1), ou sans localisation précise.

Elles sont peu caractéristiques : sensation de gêne douloureuse, de plénitude ou de distension abdominale, tiraillements, pesanteurs, ou coliques. La malade de Flynn accusait des douleurs en crampes, et des tiraillements qui la forçait à se pencher en avant. Elles sont parfois plus nettes : sensation de brûlure épigastrique (Collins 2) ou même « hanger-pain » revenant toutes les 2 heures chez la malade de Levison.

Dans quelques cas la douleur s'accuse à l'occasion de certains mouvements. Dans ces mouvements, le malade peut avoir la sensation qu'une masse se déplace dans son ventre, mais cette sensation est souvent parfaitement indolore (Proust).

Les caractères extrêmement variés de ces douleurs, tant dans leur siège que dans leur nature, expliquent qu'on les a rapportées à d'autres affections d'origine gastrique, hépatique ou appendiculaire.

Beaucoup plus caractéristiques des kystes du mésentère sont les *crises douloureuses parokystiques*, décrites par tous les auteurs comme l'un des symptômes capitaux de la maladie.

Nous les avons retrouvées personnellement signalées 11 fois sur nos 30 observations. Ce sont souvent elles qui amènent le malade au chirurgien.

Leurs grands caractères sont d'être soudaines dans leur apparition, intermittentes, et laissant dans leur intervalle le malade bien portant, faisant du kyste du mésentère, selon l'expression d'Augagneur : « une maladie à secousses ».

Certains malades n'ont présenté qu'une ou deux crises pendant l'évolution de leur maladie ; chez d'autres, elles se reproduisent très souvent, le malade de Reinhold en présentait une toutes les 2 ou 3 semaines depuis 2 ans.

Elles semblent survenir sans cause apparente, et sans relation avec les repas.

Elles sont généralement très intenses, elles affectent la forme de coliques coupées de rémissions suivies de recrudescences.

Elles sont tantôt diffuses, tantôt localisées à une région quelconque de l'abdomen, mais aucun auteur ne signale d'irradiations.

La douleur peut être le seul symptôme fonctionnel comme dans les observations de J. Martin et Einaudi, le plus souvent, elle est suivie de vomissements ou de ballonnement du ventre avec arrêt des matières et des gaz.

En raison de ces symptômes associés, ces douleurs sont attribuées, par la plupart des auteurs, à des ébauches de torsion ou à des crises occlusives incomplètes, qui quelquefois se résolvent spontanée-

ment, mais qui bien souvent se confirment et nécessitent une intervention rapide.

Les crises douloureuses ne se manifestent pas toujours avec cette symptomatologie bruyante. Parfois, la douleur est légère, tout en gardant les caractères de coliques intermittentes plus ou moins espacées que nous avons décrits précédemment, mais elles n'interrompent pas les occupations du malade.

C'était le cas de notre petit malade. Sa maman disait bien qu'il se plaignait par moments, pendant quelques jours, de douleurs abdominales, mais elle n'y attachait pas autrement d'importance.

La malade de Flynn avait de petites crises douloureuses accompagnées de nausées, qui duraient trois ou quatre jours, mais qui ne l'empêchaient pas de suivre ses cours journellement.

Les *troubles digestifs* sont fréquents, beaucoup de malades se plaignent d'anorexie (Levison, Collins 2, Cornioley).

Au contraire, dans le cas de Wilson et dans le nôtre, il y avait une boulimie intense : le petit malade de Wilson n'était jamais rassasié ; le nôtre, enfant de la campagne, absorbait de telles quantités de lait que sa mère crut les trouver en partie accumulées dans le kyste qu'on lui présenta.

Les troubles dyspeptiques peuvent se traduire par des symptômes d'hyperchlorhydrie : hunger-pain chez la malade de Levison, brûlures épigastriques chez la malade de Collins.

On observe parfois des *vomissements*. Au cours des crises douloureuses, ils suivent souvent de près l'apparition de la douleur, ce sont des vomissements alimentaires ou bilieux. Quelquefois ils sont réduits à des nausées, ou manquent complètement.

Dans certaines formes digestives, ils sont habituels et peuvent se reproduire après chaque repas (Levison).

On a observé des alternatives de diarrhée et de constipation (Hinz). La *constipation* n'est pas un symptôme habituel, en dehors des crises d'obstruction passagère. Nous l'avons trouvée signalée 3 fois sur 30, ce qui ne dépasse pas la fréquence habituelle de cette affection banale.

Signes généraux

Si les signes fonctionnels sont à peu près constants, les signes généraux manquent le plus souvent.

La *fièvre* accompagne parfois les crises, mais elle peut exister en dehors d'elles, sans qu'il y ait des phénomènes inflammatoires nets.

L'état général est le plus souvent parfaitement conservé, cependant on observe quelquefois de *l'asthénie*, de la *fatigue*. Nous avons noté ces symptômes dans les observations de Flynn, de Guibal, de Reiles, il s'y ajoute souvent un *amaigrissement* qui peut être considérable, comme chez les malades observés par Wilson, Abadie et nous-même où les kystes atteignaient respectivement les volumes de :

5 pintes (1), 6 litres, 4 litres 1/2 et contenaient tous trois du chyle, c'est-à-dire une grande quantité de principes nutritifs inutilisés sinon inutilisables.

L'asthénie et l'amaigrissement s'accompagnent d'une légère anémie, et, dans quelques cas, le dosage des graisses dans le sang a montré une certaine diminution du taux de la lipémie. Cette recherche n'a pas été faite dans les observations que nous rapportons. Nous avons dosé la lipémie de notre petit malade, 5 mois après l'intervention. Elle était normale avec une légère augmentation du taux de la cholestérinémie.

Signes physiques

Nous avons vu que les signes fonctionnels et les signes généraux sont peu caractéristiques, et souvent le fait de complications. Les signes physiques apporteront au contraire au tableau clinique des éléments très importants, sauf en ce qui concerne les très petits kystes qui ne sont pas perceptibles à l'examen physique. Ils restent généralement méconnus, mais peuvent être découverts au cours d'une intervention pour une maladie intercurrente.

Les kystes de moyen volume sont quelquefois perçus par le malade lui-même. Ils se présentent à la *palpation* comme des masses intra-abdominales,

(1) 1 pinte = 0 l. 54.

disparaissant quand on fait contracter les muscles de la paroi. Chez les sujets amaigris, ils peuvent former une voussure visible bien mise en évidence par les mouvements respiratoires profonds qui la laissent immobile.

La masse est bien limitée, arrondie ou ovalaire, de surface lisse, quelquefois irrégulière (Reiles) ou lobée (kystes multiples). Dans la majorité des cas, le kyste est de consistance ferme, rénitente, parfois si tendu qu'il a pu faire penser à une tumeur solide telle que fibrome (Obs. de Reiles). D'autres fois, au contraire, ils sont de consistance élastique (Makins, Einaudi) ou franchement fluctuants (Broca, Friend). Dans quelques cas, le kyste était si peu tendu, qu'on ne pouvait percevoir ses limites, car il se moulait exactement sur les parois abdominales, donnant l'impression de liquide libre dans la cavité péritonéale (Obs. d'Abadie, Wilson, J. Petit). Chez notre malade la moindre chiquenaude provoquait de larges ondes qui donnaient à l'abdomen l'aspect tremblotant d'une gelée.

La règle est que la *palpation* de ces kystes et leur *mobilisation* soient parfaitement *indolores*. Quand il y a de la sensibilité, c'est qu'il y a des phénomènes associés, hémorragie intra-kystique, inflammation ou torsion.

Quand le kyste est assez superficiel, on trouve à son niveau de la matité, mais s'il est profond, la matité est masquée par la sonorité des anses intestinales interposées entre le kyste et la paroi.

Un des gros caractères de ces kystes est leur *extrême mobilité*, aussi bien latéralement : on peut les faire passer facilement d'un flanc à l'autre, que de haut en bas : *la mise en position de Trendelenburg* pouvant amener jusque sous le diaphragme un kyste *siégeant primitivement dans le petit bassin*. Il ne faudra jamais négliger cette manœuvre qui permettra parfois de différencier un kyste du mésentère d'un kyste de l'ovaire, beaucoup moins mobile, à moins qu'il n'ait un très long pédicule.

Quelquefois, le kyste est si mobile qu'il peut fuir sous la main, et disparaître momentanément sans qu'on puisse le retrouver (Obs. de Guibal).

Le *toucher vaginal* donnera aussi des renseignements intéressants, s'il montre l'indépendance du kyste vis-à-vis de l'utérus et s'il permet de percevoir nettement les deux ovaires. A son défaut, le *toucher rectal* permettra, dans certains cas, de mieux apprécier la consistance de la tumeur.

Les très gros kystes, de par leur volume, ont une symptomatologie un peu différente. Ils sont beaucoup moins mobiles que les précédents et cela se conçoit puisqu'ils occupent une grande partie de l'abdomen. Dans les observations d'Abadie, Wilson, J. Petit, la matité s'étendait à tout l'abdomen. Cependant on signale que dans des cas analogues une percussion légère permettrait quelquefois de percevoir une étroite bande de sonorité à la surface du kyste, correspondant à l'anse grêle qui l'entoure comme un anneau de Saturne incomplet.

De même, il est classique de donner comme caractéristique une *bande de sonorité sus-pubienne* entre le kyste et le pubis, et une *zone de sonorité conservée dans les flancs*. Ces signes ont été notés dans les observations de Broca, Makins 1. Toutefois ces deux symptômes manquaient dans notre cas, car le kyste était si peu tendu que le liquide se déplaçait dans toute la cavité péritonéale à peu près librement.

Enfin, il est à noter que les *kystes multiples se présentent toujours à l'examen comme des kystes uniques*. On ne perçoit que la tumeur principale, ou à la rigueur une masse lobée que l'on considère comme unique.

L'*examen radiologique*, pratiqué 6 fois parmi les observations que nous avons réunies, n'a pas donné de renseignements importants, il permet seulement de s'assurer de l'intégrité du transit intestinal.

Formes cliniques

On pourrait distinguer de nombreuses formes cliniques des kystes du mésentère d'après l'âge du malade, d'après le siège du kyste, mais ce qu'il importe surtout de connaître ce sont les formes où la prédominance d'un des symptômes peut conduire à une erreur de diagnostic.

On a observé des kystes chez le *nourrisson*, Broca

rapporte un cas chez un enfant de 11 semaines, et Wakeley en a trouvé un à l'autopsie d'un enfant de 6 jours. Malgré le jeune âge des malades, ces kystes sont souvent volumineux.

Les formes du *vieillard* ne semblent pas avoir de caractères spéciaux.

Le tableau clinique présente des modalités particulières suivant le *siège* de la tumeur par rapport au mésentère.

Les kystes *voisins de sa racine* s'accompagnent précocement de tiraillements, de compressions nerveuses ou vasculaires, origine de troubles réflexes variés : douleurs, vomissements, alternatives de diarrhée ou de constipation (Obs. de Levison).

A l'examen physique ces kystes sont profonds et peu mobiles.

Les kystes de la *partie moyenne du mésentère*, situés à égale distance de l'intestin et de la racine du mésentère semblent ceux qui restent le plus longtemps bien tolérés.

Les kystes au *contact de l'intestin* provoquent parfois des compressions de la lumière (Harbitz). De même que les précédents ils sont fréquemment l'origine de torsions.

Il faut faire une mention spéciale aux *formes herniaires*, exceptionnelles, mais dont Broca rapporte un cas : la tumeur était partiellement contenue dans le sac herniaire, donnant l'impression d'un kyste du cordon ou d'un kyste de l'épiploon, malgré cela, la hernie était bien tolérée.

Parmi les formes *symptomatiques*, les plus caractéristiques sont les formes tumorales, les formes douloureuses et les formes digestives.

Dans les *formes tumorales*, le malade vient consulter parce qu'il a senti dans son ventre une masse qui l'inquiète, bien qu'elle n'occasionne aucun trouble (Obs. de Friend).

Mais il arrive aussi que ces tumeurs, après être restées quelque temps connues du malade et bien tolérées, deviennent l'origine de troubles ou de complications (Obs. de Guibal, de Starr Judd 1).

Les *formes douloureuses* sont caractérisées par l'intensité et la fréquence des crises douloureuses, sans signes d'obstruction intestinale (Obs. de J. Martin).

Les formes *digestives* concernent des malades qui viennent consulter pour des troubles dyspeptiques variables. Ces malades se plaignent souvent d'avoir perdu l'appétit, ils souffrent de distension après les repas (Guibal) ; dans les formes sévères, on observe de l'hunger-pain et des vomissements qui peuvent devenir si fréquents qu'ils suivent chaque prise d'aliment, occupant le premier plan du tableau clinique (Levison).

Restent des formes très importantes que nous appellerons *formes à symptomatologie d'emprunt*, ce sont les formes *ascitiques*, les formes *pseudo-appendiculaires*, et les formes *pseudo-occlusives*, très proches de l'occlusion vraie.

Comme exemples de *formes ascitiques* nous citerons les observations d'Abadie, Wilson, J. Petit.

Chez ces 3 malades, un très gros kyste très peu tendu avait toutes les apparences d'une volumineuse ascite libre.

Il y avait de plus une grosse asthénie, de l'amaigrissement, un mauvais état général, malgré l'appétit exagéré des malades de Wilson et J. Petit. L'ensemble de ce tableau clinique évoquait dans l'esprit des médecins l'idée d'une ascite tuberculeuse

Comme par deux fois, sur le petit nombre d'observations que nous rapportons, le diagnostic posé a été celui d'appendicite, nous devons décrire une *forme pseudo-appendiculaire* qui se traduit par de la douleur et de la contracture dans la fosse iliaque droite, accompagnées d'accélération du pouls, parfois de température ou de vomissements. Ce syndrome auquel s'ajoute la notion d'évolution par crises, a pu faire discuter l'abcès appendiculaire, en présence d'une tumeur perçue (Obs de Hinz 2), ou poser le diagnostic d'appendicite aiguë quand la tumeur n'est pas perçue (Obs. de Larget).

Les formes occlusives se caractérisent par leur évolution coupée de crises douloureuses accompagnées d'arrêt des matières et des gaz, de ballonnement du ventre et de vomissements. Elles se distinguent de l'occlusion vraie par leur résolution spontanée.

Elles sont en général dues à des ébauches de torsion, mais cependant la malade de Flynn, opérée avec le diagnostic d'obstruction, ne présentait à l'intervention ni torsion, ni obstacle mécanique mais une

hémorragie intra-péritonéale provenant d'un chylangiome suintant (? « There was a considerable oozing from its surface »).

Enfin, il existe des *formes latentes* qui se révèlent par une complication.

Complications

Celles-ci sont très fréquentes, ce sont presque toujours elles qui amènent le malade au chirurgien.

Au premier plan, se trouve *l'occlusion intestinale* par torsion du mésentère et de l'intestin (4 cas sur 30 observations). Les kystes de moyen volume, étant donnée leur grande mobilité, sont ceux qui déterminent le plus souvent cette torsion. Celle-ci n'est pas toujours complète et se résout quelquefois spontanément.

A un moment donné, la torsion se complète et l'on assiste au tableau classique de l'occlusion aiguë mécanique avec ses douleurs paroxystiques en coliques, son ballonnement asymétrique, ses ondes péristaltiques visibles sous la paroi, l'arrêt des matières et des gaz, les vomissements, très précoces si le kyste est proche du duodénum, un peu plus tardifs s'il est proche du cæcum. Mais c'est toujours une forme d'occlusion grave parce qu'elle siège sur le grêle.

A ce moment, il est quelquefois difficile de percevoir le kyste (qui peut être connu du malade

d'ailleurs, ou du médecin traitant) car le malade souffre et se défend. On fait seulement le diagnostic de volvulus et on en découvre la cause au cours de l'intervention.

L'obstruction intestinale due à la compression directe de l'intestin par la tumeur polykystique est moins fréquente et moins connue, nous en avons trouvé cependant 3 cas, observés par Makins, Harbitz et Starr Judd 1. La petite malade de StarJudd avait un abdomen distendu, tympanique, légèrement douloureux, des vomissements et de la constipation. A l'intervention on trouve un kyste mésentérique au contact de l'intestin. « L'iléon correspondant était très aplati, d'un côté, l'intestin est distendu, de l'autre très flasque. Il semble y avoir une obstruction considérable. »

Dans ces cas, il n'y a jamais occlusion complète et les lésions intestinales ne sont pas très marquées. Cependant, les kystes sont en rapport si intime avec l'intestin qu'ils nécessitent la résection intestinale.

L'hémorragie intra-kystique peut être la résultante d'une ébauche de torsion, ou d'un traumatisme abdominal (Obs. de Flynn), mais plus souvent d'un processus d'inflammation chronique. Elle se manifeste par une augmentation de volume rapide du kyste. Dans une observation de kyste hématique rapportée par Brisset (1), après 2 ou 3 petites crises douloureuses, la tumeur augmentait de volume d'un examen

(1) Hémangiome ?

à l'autre. (Nous ne rapportons pas au complet cette observation, dont l'origine lymphatique n'est pas affirmée par l'auteur.)

L'hémorragie intra-kystique s'accompagne de douleurs et de phénomènes péritonéaux atténués. Il est assez rare que le syndrome devienne assez inquiétant pour nécessiter une intervention d'urgence, c'est sans doute pourquoi on trouve toujours dans ces kystes du sang plus ou moins modifié.

Malgré le voisinage de l'intestin, l'infection secondaire avec suppuration n'a jamais été signalée, à notre connaissance, bien qu'on observe fréquemment des phénomènes inflammatoires avec fièvre à 40°. Cependant, dans une des observations de Hinz, l'examen histologique a montré des globules de pus dans la portion externe de la paroi du kyste, mais cette infiltration n'atteignait pas la cavité.

Nous n'avons pas trouvé d'observation de rupture des kystes lymphatiques bien que le fait soit signalé. Dans ce cas, il s'agit de traumatismes importants et les signes de rupture se confondent avec le tableau clinique de contusion abdominale aiguë.

Cependant, Flynn a trouvé du sang très foncé dans l'abdomen, coexistant avec un kyste à contenu hémorragique.

Évolution. Pronostic

Le kyste du mésentère est en soi une affection bénigne à évolution lente, elle n'est pas incompa-

tible avec une longue existence puisque 2 des malades dont nous rapportons l'observation étaient âgés respectivement de 62 et 77 ans, sans qu'on puisse savoir d'ailleurs depuis combien de temps leur kyste était en évolution.

Abandonnée à elle-même elle peut rester latente pendant toute la vie du malade, si la tumeur n'a pas de tendance à l'expansion. Au contraire, quand elle augmente progressivement de volume, son développement est une cause d'asthénie et de dénutrition qui ne peuvent aller qu'en s'accroissant si l'on n'intervient pas.

D'autre part, nous avons vu que le malade est toujours sous la menace de complications redoutables qui aggravent considérablement le pronostic.

D'où la nécessité d'un diagnostic précoce, qui devra être suivi, aussi rapidement que possible, d'une sanction thérapeutique.

CHAPITRE IX

DIAGNOSTIC

Le *diagnostic positif* paraît relativement facile à faire en présence d'une tumeur abdominale kystique, très mobile, généralement bien tolérée en dehors de crises douloureuses plus ou moins espacées.

Cependant, il n'existe pas de signes pathognomoniques et les examens radiologiques et de laboratoire n'apporteront pas grand secours. D'autre part, nous avons vu combien la maladie est protéiforme. Aussi, l'extrême rareté de l'affection comparée à la fréquence d'affections rencontrées journellement telles que : kyste de l'ovaire, ascite tuberculeuse, appendicite, expliquent le nombre élevé d'erreurs de diagnostic, par rapport aux diagnostics exacts : sur les 30 observations que nous avons recueillies, trois fois seulement le diagnostic de kyste du mésentère a été posé de façon ferme (Obs. de J. Martin, G. Lévison et Guibal et Bertrand), et deux fois avec des réserves : (Obs. de Hinz 2 et Cornioley).

Diagnostic différentiel

Le diagnostic n'offre pas les mêmes difficultés lorsque le médecin voit le malade dans une période de calme ou, au contraire, en période de crise ou de complications.

En *période de calme*, la tumeur abdominale de moyen volume étant perçue, il s'agit de faire un diagnostic d'origine.

Il est évident qu'en présence d'une tumeur lisse, arrondie, mobile, siégeant dans le petit bassin d'une femme, la première idée qui vient à l'esprit est celle de *kyste de l'ovaire*, surtout si la position de Trendelenburg ne fait pas remonter énormément le kyste vers le diaphragme.

Ce n'est que s'il est possible de percevoir nettement les deux ovaires que le diagnostic s'orientera d'un autre côté, pour examiner successivement par ordre de fréquence, la possibilité d'un fibrome pédiculé, d'une tumeur de l'épiploon, d'un kyste du mésentère.

Malgré les caractères de dureté, d'irrégularité des *fibromes pédiculés* et leurs rapports avec l'utérus, on a pu envisager parfois ce diagnostic, en présence de kystes mésentériques peu mobiles et si tendus qu'ils pouvaient en imposer pour une tumeur solide (Obs. de Reiles).

Les *tumeurs de l'épiploon*, surtout les tumeurs *kystiques*, sont très difficiles à distinguer des kystes

du mésentère, car elles présentent les mêmes caractères que ces derniers, avec une netteté maxima puisque ce sont des tumeurs abdominales, douées d'une extrême mobilité, indolentes et donnant lieu à un minimum de signes fonctionnels. Le cancer s'en distingue par l'irrégularité et la dissémination des lésions, la coexistence d'une ascite qui permettront de le distinguer.

Les *kystes hydatiques secondaires* du péritoine ne seront pas confondus avec les kystes du mésentère, car on pourra retrouver dans le passé du malade les accidents consécutifs à la rupture du kyste primitif : douleur syncopale, poussée d'urticaire. Alors que les kystes multiples du mésentère sont toujours cliniquement uniques, les kystes hydatiques secondaires du péritoine sont toujours très nombreux, et le toucher rectal permettra presque toujours de déceler un kyste développé dans le Douglas, point déclive de l'abdomen (F. Dévé).

Quand le kyste est peu mobile : cas d'un kyste voisin de la racine du mésentère, on pourra penser à un *kyste du pancréas*, mais son siège est plus élevé, et si c'est un kyste de la tête, sa fixité est absolue.

Dans l'observation de Levison, le siège du kyste dans l'hypochondre gauche avait fait penser un instant à la possibilité d'une *tumeur de la rate*.

Les kystes du mésentère siégeant toujours dans la partie médiane de l'abdomen ou pouvant y être facilement ramenés d'une part, d'autre part ne donnant jamais le contact lombaire, ces caractères

suffiront à les distinguer de toutes les *tumeurs de la loge rénale*.

Il faudra enfin éliminer les diagnostics d'exception tels que : *kyste de l'ouraque*, ce dernier ayant pour caractères sa fixité, son siège médian, sous-ombilical, et ses connections avec la paroi abdominale et la vessie. Dans l'observation de Friend, un kyste du mésentère avait été pris pour un kyste de l'ouraque, en raison de son siège supra-vésical et à cause d'une bande fibreuse qui semblait relier le kyste à la région pubienne. Cependant la mobilité de la tumeur de haut en bas et latéralement aurait dû faire douter de ce diagnostic.

Quand le kyste occupe toute la cavité abdominale, qu'il s'agit d'un sujet jeune, chez lequel on constate de l'amaigrissement, un mauvais état général, le diagnostic posé est souvent celui d'*ascite tuberculeuse*.

Il faudra rechercher avec soin la sonorité des flancs, qui peut ne pas être conservée lorsque le kyste peu tendu se moule sur toute la paroi abdominale. Le peu de tension de l'abdomen constaté dans les observations de Wilson et de Jacques Petit aurait dû d'ailleurs éveiller des doutes sur le diagnostic d'*ascite tuberculeuse*, affection dans laquelle on trouve généralement un ventre plus tendu, assez proéminent, dépliant l'ombilic.

La constatation d'une sonorité dans les flancs ne suffit pas à faire éliminer le diagnostic de péritonite tuberculeuse, car il pourrait s'agir d'*ascite cloisonnée* ; cependant, cette dernière est absolument fixe, alors

que le kyste conserve toujours une certaine mobilité, mais les phénomènes douloureux surajoutés ne permettent pas toujours de la mettre en évidence (Cas de Broca).

La cuti-réation à la tuberculine permettra d'éliminer la péritonite tuberculeuse, si elle est négative. Pour certains pédiâtres, E. Lesné en particulier, elle sera un gros argument en faveur d'une affection tuberculeuse si elle est positive chez un enfant de moins de 7 ans.

Dans les 3 observations d'Abadie, Wilson, Jacques Petit, l'échec du traitement médical a conduit le malade à une intervention salubre, puisqu'elle permet de corriger l'erreur de diagnostic et de soulager les malades.

En *période de crise* ou de *complications* d'autres diagnostics vont se présenter à l'esprit du clinicien, car, à ce moment, la défense abdominale due à la douleur ne permet pas toujours de percevoir les caractères et les limites de la tumeur.

Nous avons vu déjà combien la forme pseudo-appendiculaire ressemble à *l'appendicite*. Le clinicien pourra quelquefois retrouver la notion d'une tumeur abdominale antérieure, persistant entre les crises. En dehors de cette notion et en raison de l'extrême fréquence de l'appendicite, on fait presque toujours l'erreur de diagnostic quand on se trouve en présence de l'une de ces formes. Dans ce cas, à l'intervention, il ne faudra jamais manquer de faire

une laparotomie médiane, ou d'agrandir suffisamment l'incision pour se rendre compte exactement des connections de la tumeur (Cf. Obs. Larget).

Quand il y a *occlusion par torsion*, le seul diagnostic indispensable à faire est celui de la complication qui commande une intervention rapide, au cours de laquelle on découvrira la cause du volvulus.

Quand on pense avoir affaire à un kyste du mésentère, est-il possible d'aller plus loin, et de faire un *diagnostic pathogénique* ? En général, c'est impossible. Tout au plus, si l'on sent une masse lobulée, on peut présumer qu'il s'agit d'un kyste chylingiomeux multiloculaire.

Au cours de l'intervention, le diagnostic de nature pourra être fait dans certains cas : le chylingiome caverneux se présente comme une masse élastique lobulée, rappelant l'aspect extérieur d'un lipome ; les kystes multiples groupés en grappe : chylingiomes kystiques sont également caractéristiques.

Les kystes à paroi extrêmement mince peuvent être des kystes par défaut d'accolement, des lymphangiomes kystiques, ou des kystes lymphatiques par rétention. Pour ces derniers, lorsqu'on ne constate pas un obstacle ou une stase manifeste, il est très difficile d'affirmer leur nature.

Les kystes ganglionnaires, les kystes chroniquement enflammés, et les kystes dermoïdes ont une paroi très épaisse. Ces derniers se reconnaissent à la présence de poils ou de fragments de tissus dans leur cavité ; quand ils ne contiennent que du sébum,

celui-ci peut être confondu avec du chyle épaissi, comme dans l'observation de Martin où, en ouvrant le kyste, le chirurgien crut être en présence d'un kyste dermoïde.

C'est l'examen histologique qui montra la nature chylangiomateuse du kyste.

C'est également l'examen histologique qui décéléra la structure des kystes entéroïdes ou embryonnaires.

CHAPITRE X

TRAITEMENT

Le traitement des kystes lymphatiques du mésentère est *uniquement chirurgical*.

Il doit être appliqué dès que la tumeur est reconnue, afin d'en prévenir les complications et le développement qui rendent l'intervention plus délicate.

On fera une laparotomie médiane, centrée par l'ombilic, afin d'avoir un jour suffisant pour reconnaître la lésion et ses connections avec les organes voisins, d'où découlera la conduite à tenir.

Le chirurgien aura le choix entre trois thérapeutiques :

Enucléation.

Ablation du kyste avec résection intestinale de l'anse correspondante.

Marsupialisation.

Quand elle est possible, l'*enucléation* est le traitement de choix. Elle devra être extrêmement prudente, afin de respecter les vaisseaux mésentériques, surtout s'il s'agit d'un kyste voisin de la racine du mésentère, zone particulièrement dange-

reuse, parce qu'elle est profonde et que les vaisseaux y sont particulièrement denses et importants.

L'énucléation est parfois très facile. Guibal, dans une observation toute récente, opérant sa malade avec l'intention de lui faire une ablation avec résection intestinale, trouve un kyste peu adhérent qui lui permet de faire une énucléation sans aucun risque. L'énucléation a été pratiquée 12 fois dans les observations que nous rapportons : 10 fois avec succès par Abadie, Broca, Cornioley, Einaudi, Friend, Guibal, Hinz, Reiles, Starr Judd (2 fois) ; 2 fois elle a été suivie de mort (Broca 2, Hinz 1).

On commencera par inciser le mésentère au niveau du kyste, sur sa face avasculaire où le plan de clivage est plus facile à trouver, on disséquera progressivement, jusqu'à ce qu'il ne reste plus que le pédicule du kyste qui sera sectionné entre 2 ligatures.

Si l'on rencontre un point peu étendu d'adhérence intime à une branche importante, de l'artère mésentérique, il sera préférable de laisser en place un petit fragment de la paroi kystique, plutôt que d'être amené à faire une ligature artérielle ; bien qu'en l'absence d'infection, il soit admis aujourd'hui que celle-ci puisse ne pas entraîner de gangrène (Lagane).

La branche mésentérique sera fermée avec soin, on fera une toilette du péritoine, surtout si le kyste s'est rompu au cours des manœuvres de libération ; et la paroi abdominale sera refermée sans drainage, sauf en cas de signes inflammatoires marqués.

C'est dans la partie moyenne du mésentère, à distance de la racine et de l'intestin, que l'énucléation offre le plus de facilités. Mais il est des cas où elle présenterait de grosses difficultés. Soit que le kyste soit très volumineux, très adhérent, soit qu'il ait des rapports intimes avec l'intestin.

Aussi, quand le coin mésentérique occupé par le kyste n'est pas trop étendu, et que l'on prévoit une dissection laborieuse, il est plus facile et plus rapide de faire une *résection intestinale* avec ablation du mésentère porteur du kyste, suivie d'une anastomose intestinale termino-terminale ou latéro-latérale, suivant les procédés habituels.

Cette méthode était déjà préconisée par Proust en 1912, et elle est particulièrement indiquée dans les cas suivants :

Dans les kystes multiples, où il serait impossible et dangereux de chercher à disséquer séparément chacun des petits kystes, surtout s'il existe des kystes au contact intime de la paroi intestinale, dont la dissection risque de provoquer une perforation qui peut passer inaperçue (Obs. de Broca).

Dans les cas de torsion, dans lesquels la nutrition de l'intestin est souvent plus ou moins compromise.

L'étendue de la résection intestinale nécessaire est très variable et dépend de la disposition du kyste par rapport à l'intestin et par rapport aux feuillettes du mésentère. Chez notre malade, il suffit de réséquer une dizaine de centimètres, alors que Flynn fut amené, pour un chylangiome caverneux très adhérent,

à faire une résection d'un mètre d'intestin grêle, suivie de guérison.

Cette intervention a été pratiquée avec succès dans les observations de Flynn, Harbitz, Makins 1, J. Martin, Proust, Reinhold, J. Petit.

Il y eut 2 morts (Makins 2, Porter), l'une chez un malade en occlusion depuis 9 jours, l'autre par désunion d'une anastomose au bouton de Murphy.

La *marsupialisation*, qui a été le premier traitement préconisé, est encore indiquée dans quelques cas où les procédés décrits plus haut ne sont pas applicables. Ces indications sont restreintes, car si le kyste est encore en communication avec les voies lymphatiques, elle expose à une chylorragie prolongée, d'autre part, en attirant le kyste à la paroi abdominale, s'il est fixé profondément, on risque l'occlusion aiguë par tiraillement ou coudure d'une anse (Obs. de Larget).

Cependant, quand il s'agit d'un kyste très adhérent, au voisinage de la racine du mésentère, que la dissection en est impossible parce qu'il est en rapport trop intime avec les gros vaisseaux nourriciers de l'intestin, ou qu'on ne peut faire une résection, parce qu'elle serait trop étendue, il est légitime et prudent de faire une marsupialisation. C'est l'avis de Lecène qui écrit dans sa « Thérapeutique chirurgicale » : « Cette vieille pratique, qui a évidemment de gros inconvénients (durée de la cicatrisation, formation d'adhérences) peut cependant trouver encore aujourd'hui d'utiles indications lors-

qu'il y a des difficultés opératoires particulières ; pour ma part, je préférerais terminer de cette façon un peu archaïque une extirpation difficile de kyste du mésentère, plutôt que de vouloir quand même enlever la totalité du kyste, au risque de blesser les gros vaisseaux mésentériques ou d'être amené à faire une résection intestinale étendue. » Nous n'avons que 2 observations de marsupialisation. La 1^{re} est celle de Larget qui eut une issue malheureuse. La seconde est celle de Levison dont les suites furent parfaites.

Il sera bon, au cours des pansements, de cautériser les parois du kyste avec de la teinture d'iode ou du nitrate d'argent en solution concentrée, afin de détruire autant que possible cette paroi. De même il faudra veiller à ce que l'orifice externe de la plaie ne se rétrécisse pas trop rapidement, afin d'éviter la fistulisation.

Quand le kyste est pédiculé, l'intervention est, de ce fait, extrêmement simplifiée, il suffit de sectionner le pédicule après ligature de celui-ci. Cette technique est rarement applicable puisque nous n'avons trouvé qu'une observation de kyste pédiculé (Hylkema).

Nous n'insisterons pas sur la simple évacuation du kyste par ponction après laparotomie, que nous avons vu pratiquer une fois par Wilson. Ce n'est qu'un traitement palliatif qui a d'ailleurs été suivi rapidement de récurrence.

Quand l'intervention est suffisamment précoce,

les suites opératoires sont simples, même dans les kystes compliqués. L'âge des malades ne paraît pas aggraver le pronostic de l'intervention si l'on en juge par les malades de Starr Judd et de Proust, âgés respectivement de 62 et 77 ans, qui ont guéri tous deux après avoir subi, le premier une énucléation, la seconde une ablation avec résection intestinale.

Cependant, si nous considérons les observations que nous avons recueillies et qui s'étendent sur une période d'une trentaine d'années ; abstraction faite d'une mort par péritonite à pneumocoques intercurrente, nous trouvons 6 morts pour 29 observations, ce qui fait un lourd pourcentage de 20,6 % de mortalité.

Mais ce pourcentage ne correspond plus aux résultats obtenus actuellement, très améliorés par les progrès de la technique et des indications chirurgicales.

En effet, si nous examinons seulement les 20 observations postérieures à 1912, nous n'y trouvons que 2 morts (une marsupialisation, une laparotomie exploratrice) ce qui ne fait plus que 10 % de mortalité.

Quel est l'avenir des malades guéris par l'intervention ? La guérison est en général définitive, tout au moins quand le kyste a été enlevé en totalité.

Le seul cas de récurrence que nous connaissons est celui de Wilson, mais le kyste avait été laissé en place et seulement évacué, partiellement, à proprement parler, ce n'est donc pas une récurrence, mais une évolution continuée.

CHAPITRE IX

OBSERVATIONS

I. ABADIE. — Chylangiome du mésentère avec volumineux kyste à contenu chyleux (Résumé).

A..., pêcheur, 21 ans. Augmentation progressive du ventre depuis 2 ans 1/2, sans troubles. Depuis 3 mois, fatigue et amaigrissement. Signes d'une volumineuse ascite, étiquetée tuberculeuse par tous les médecins qui l'ont vue.

Opération, 7 juillet 1922. Laparotomie médiane. Volumineux kyste (6 litres), ceinturé à sa partie supérieure par le grêle. Liquide chyleux évacué par ponction.

Clivage prudent, le kyste se continue par une masse spongieuse, remontant jusqu'à l'origine de la mésentérique supérieure qu'il faut disséquer prudemment. Contre le flanc de la colonne vertébrale, la masse spongieuse n'a plus que le volume du pouce. Ligature et section à ce niveau.

Fermeture de la brèche mésentérique.

Fermeture de l'abdomen.

Suites opératoires simples.

Revu en avril 1923, le malade est en très bon état.

Examen du liquide : 6 litres de liquide chyleux, contenant pour 1.000, 10 gr. 4 de matières minérales, 34 gr. de matières grasses, 50 gr. 3 d'albumine.

Examen histologique : Aspect lacunaire des coupes qui montrent des excavations séparées par des parois plus ou

moins épaisses. Par endroits, la paroi émet des prolongements renflés à leur extrémité libre qui plongent dans la cavité aréolaire. Richement vascularisées, les parois sont farcies de fibres contractiles groupées en faisceaux. La surface interne reste toujours tapissée d'un endothélium et d'un feutrage conjonctif sous-jacent. Des cellules rondes forment des amas inflammatoires et le tissu adipeux occupe également un large territoire.

Les mailles du chylangiome sont remplies de plasma et de cellules en voie de dégénérescence graisseuse, qui dans certaines petites alvéoles, se tassent, s'organisent et se vascularisent par prolifération de l'endothélium.

II. BROCA et DANIEL.—1. (*Chylangiome kystique*). (1) Kyste du mésentère partiellement contenu dans un sac herniaire inguinal (Résumée).

René V., 4 ans, rachitique. Pendant sa première année : entérite à plusieurs reprises. Amené pour « une grosseur » dans l'aîne droite : hernie inguinale de la grosseur d'un œuf de poule, descendant dans le scrotum, réductible, indolore pas de gargouillements : la tumeur est réductible en masse, rénitente, et a tous les caractères d'une masse kystique,

Intervention : A l'ouverture du kyste, qu'on croit être du cordon, issue de liquide jaunâtre, trouble, sirop d'orgeat. En tirant sur la poche qui se prolonge dans la cavité abdominale, rupture de 2 ou 3 poches secondaires, et issue d'une anse grêle. On voit que le pôle supérieur de la tumeur est adhérente à la face inférieure du mésentère. Dans le mésentère, il existe, en outre, plusieurs autres poches kystiques. Résection de la poche en totalité. Guérison sans incidents.

(1) Pour certaines observations, nous indiquerons en italique la catégorie dans laquelle nous croyons devoir les ranger, conformément à notre nomenclature.

La poche vide mesure 15 centimètres de long, 8 centimètres de large à la base et 4 centimètres à l'extrémité inférieure.

La cavité rappelle celle d'un kyste multiloculaire, les parois ont 1 à 2 millimètres d'épaisseur.

Examen histologique : Paroi kystique formée de tissu conjonctif fibreux : partie interne : fibrilles très serrées avec de rares cellules conjonctives intercalées, fusiformes ou étoilées. Vers la périphérie, les éléments cellulaires sont plus nombreux. Nombreux vaisseaux artériels et veineux. La paroi du kyste est doublée en dehors, en certains points, par une couche assez épaisse de fibres musculaires lisses. En quelques points on reconnaît sur la paroi interne des restes d'endothélium.

III. BROCA et DANIEL. — 2. Kyste lymphatique du mésentère (*Chylangiome kystique*). Perforation méconnue de l'intestin. Mort (Résumée).

W. Louise, 6 ans 1/2. Il y a 4 mois, coliques violentes et vomissements, pendant 3 semaines. Crises analogues à intervalles variables. Dans les derniers temps, les crises se rapprochent. Envoyée à l'hôpital avec 40° 2 de température et des accidents violents. A l'entrée : température : 37° 5. Pouls : 132. Douleurs abdominales à prédominance vers la fosse iliaque droite. Vomissements bilieux, constipation, langue un peu sèche.

Abdomen un peu saillant dans la fosse iliaque droite. « Matité absolue, avec une sorte de vibration sous le doigt percuté. » Cette matité qui gagne vers l'ombilic, n'atteint pas tout à fait l'arcade crurale, dont elle reste séparée par une zone sonore, large d'environ un travers de doigt. Un peu de tympanisme à gauche, à l'épigastre. Ventre dépressible.

Dans la région mate, tumeur fluctuante, modérément.

tendue, mal délimitée par la palpation parce qu'elle est douloureuse et que le ventre est tendu. Tumeur immobile.

Diagnostic probable : péritonite tuberculeuse avec poche enkystée.

Deux jours après l'entrée : agitation, vomissements persistants : Pouls : 130, pas de fièvre.

Intervention : Incision oblique dans la fosse iliaque. Poche kystique à paroi mince, non adhérente, grosse comme 2 poings. Evacuation au trocart : liquide citrin. On extériorise l'anse grêle dans le mésentère de laquelle le kyste est inclus. La tumeur va jusqu'au contact de la paroi intestinale.

Dissection. Point à la soie fine sur la musculature de l'intestin. A ce niveau, il restait quelques tout petits grains kystiques adhérents à l'intestin.

La poche enlevée avait l'aspect cloisonné classique des kystes séreux, congénitaux, multiloculaires, avec paroi blanche réticulée, et quelques petits kystes durs, égrenés alentour.

Mort le lendemain. A l'autopsie, petite perforation de l'intestin, à cet endroit 2 kystes gros comme des pois, qui, à travers la musculature, vont jusqu'au contact de la muqueuse, celle-ci est perforée au niveau de l'un d'eux.

IV. COLLINS. — 1. Chylangiome kystique du mésentère (Complète).

Garçon de 4 ans. Deux ans auparavant a subi une appendicectomie sans drainage pour des symptômes analogues à ceux qui l'amènent actuellement.

La crise a débuté par une douleur brutale à 2 heures du matin. La maman donne un 1^{er} lavement, puis un second sans résultat. Le médecin appelé fait le diagnostic d'obstruction et envoie le malade à l'hôpital.

A l'examen : Les jambes sont fléchies, le faciès anxieux les yeux cernés, la langue sèche, l'haleine fétide.

Les poumons sont normaux.

Pouls à 100, régulier, température : 38° 3. Abdomen légèrement distendu, sensation de plénitude à la partie inférieure du quadrant droit. Sensibilité et contracture marquées de tout l'abdomen, avec prédominance dans la fosse iliaque droite, où la contracture ne permet pas de sentir de masse.

Pas de contracture lombaire ; l'hypogastre et la fosse iliaque droite sont rétractés.

Toucher rectal : Masse indurée dans la fosse iliaque droite.

Hémoglobine : 85 %. Globules rouges : 4.580.000. Globules blancs : 25.900. Polynucléaires : 92 %.

On donne un lavement baryté qui passe librement jusqu'à l'iléon.

Pas de signe évident de diverticule.

Pas de diagnostic, sauf d'intervention.

A l'ouverture du péritoine, issue de liquide laiteux, sans odeur.

On trouve une masse bosselée et dure au voisinage de l'ombilic, elle est de forme semi-lunaire, se dirigeant transversalement vers la partie supérieure de l'abdomen.

La masse dégagée est constituée de petites tumeurs blanc pur, contenant les unes un liquide clair, les autres un liquide hémorragique.

La masse est trop étendue, intéresse trop de mésentère pour que l'on tente une résection.

Biopsie de liquide péritonéal pour culture : pneumocoque.

Mort par péritonite.

L'autopsie montre un chylangiome du mésentère avec formation de kystes multiples sur le cæcum : cicatrice d'appendicectomie.

Péritonite à pneumocoques.

Distension de l'intestin dans son segment supérieur.

Il est à noter qu'il n'y a pas de chylifères dilatés dans la séreuse du grêle ni dans la muqueuse, pas même dans le segment en rapport avec le mésentère kystique, ganglions rétropéritonéaux œdématiés. Canal thoracique normal.

La partie du mésentère renfermant les kystes correspond à 25 cm. 4 d'intestin, débutant 61 centimètres après la fin du duodénum. La tumeur est constituée de formations kystiques à contenu limpide, laiteux ou sanglant. Les kystes sont irréguliers de forme, et multiloculaires, le plus gros mesure 8 cm. / 4 cm. 5, il y en a un grand nombre de 1 à 2 centimètres, et une quantité de beaucoup plus petits.

Les ganglions lymphatiques du voisinage montrent une dilatation modérée de leurs sinus.

Certains des kystes voisins du bord de l'intestion pénétraient la séreuse et la tunique musculieuse du grêle.

Certains des nodules kystiques de consistance plus compacte montrent à la section des espaces caverneux remplis de sang coagulé. On ne peut trouver véritablement de tumeur solide. Un réseau irrégulier de vaisseaux blancs d'épaisseur variable est rencontré par endroits, ils sont remplis de liquide laiteux. Un espace kystique plus large près de la racine du mésentère contient des masses graisseuses plus compactes ressemblant à du caséum, mais plus blanches. Au microscope cette matière était formée principalement de gouttelettes graisseuses de taille irrégulière.

V. COLLINS. — 2. (*Adénite caséuse et kystes du mésentère par rétention*) (Résumée).

Femme de 48 ans. Se plaint de brûlures épigastriques et de vomissements depuis 6 mois. Elle a peu d'appétit, mais son intestin fonctionne normalement.

C'est une femme frêle et mince, légèrement anémiée.

A l'examen : Tumeur dans la fosse iliaque gauche de la grosseur d'un œuf de poulette.

Lavement baryté négatif, cependant le sigmoïde semble attiré quand on mobilise la tumeur.

Opération : On trouve un grand nombre de tumeurs dans le méso du grêle, s'étendant jusqu'à la racine. Certaines apparaissent caséuses, d'autres kystiques. Certaines atteignent le volume d'un œuf.

Aucune résection, car l'envahissement est trop considérable.

La patiente meurt le 17^e jour.

Autopsie : Nombreux kystes mésentériques à paroi mince ou épaisse.

Une plus grosse tumeur de 8 cm. / 8 cm. est composée d'un conglomérat de ganglions mésentériques.

Quelques kystes sont en contact intime avec la paroi intestinale et en rapport avec les vaisseaux chyleux sous-séreux dilatés du grêle.

Quelques kystes à contenu purulent dont la paroi est œdématisée.

Examen microscopique : Le plus gros ganglion contient dans sa cavité de nombreux lymphocytes, un réseau fibreux et des gouttelettes graisseuses. La paroi est formée de tissu granuleux avec de nombreux fibroblastes et plasmocytes. Dans la paroi : tissu lymphoïde encore bien conservé et quelques sinus dilatés qui contiennent des cellules endothéliales desquamées. La paroi est formée de tissu conjonctif infiltré de nombreux lymphocytes.

VI. CORNIOLEY. — (*Kyste par rétention*) (Résumée).

M^{me} B., 43 ans. A perdu l'appétit depuis un an. Vomissements pendant les périodes menstruelles. Il y a un mois, douleur brusque dans la région hypogastrique gauche, qui

se calme, devient plus sourde, mais persiste avec des recrudescences pendant une huitaine de jours.

Le 2 mai 1926, crise plus vive, vomissements, douleur subintrante. Diagnostic : volvulus ? On l'envoie à l'hôpital après lui avoir injecté de la morphine qui la calme complètement.

Examen (3 mai) : La malade dit avoir remarqué que quelque chose bougeait dans son ventre depuis 2 mois, à l'occasion de certains mouvements, dans la région hypogastrique gauche, un peu au-dessous de l'ombilic.

L'état général est médiocre, l'abdomen légèrement augmenté de volume, contracté.

La palpation n'est pas douloureuse, mais la contracture réflexe ne permet pas de palper profondément.

A la percussion : flancs et épigastre sonores. Submatité à gauche et au-dessous de l'ombilic. Pas de fièvre, pouls à 110.

2^e *examen* : Résistance sphérique, rénitente et mobile au niveau de la matité.

Diagnostic : Tumeur kystique incluse dans un méso flottant.

Opération : Tumeur sphéroïde de 10 centimètres de diamètre entre les 2 feuillets du mésentère, à 40 centimètres de la valvule iléo-cæcale. Une anse d'iléon entoure aux 3/4 l'équateur de la tumeur à une distance de 2 centimètres.

L'anse est œdématiée, rougeâtre. Au niveau de l'attache mésentérique, torsion de 90° de gauche à droite : occlusion incomplète. Le feuillet péritonéal antérieur du mésentère, non adhérent au kyste, est épaissi légèrement.

« Dans la zone libre du mésentère comprise entre l'équateur de la tumeur et le bord d'attache intestinale du méso, on constate trois taches blanches laiteuses, rectangulaires, formées de fines stries ondulées et très rapprochées les unes des autres, partant de l'attache intestinale pour aboutir au kyste. Ce sont des vaisseaux lymphatiques gorgés de chyle et dilatés. »

Incision du feuillet antérieur du mésentère, décollement du kyste, ligature du pédicule.

Enucléation totale, suites normales.

Examen de la pièce : Kyste ovoïde, surface grossièrement bosselée, paroi mince fortement tendue, réseau lâche de bandes fibreuses entre lesquelles les parties intermédiaires sont ballonnées.

Kyste uniloculaire, contenant un suc d'apparence et de consistance laiteuses. Au microscope : le liquide contient des globules graisseux et de petites cellules à noyau rond ou ovale.

La paroi comprend une couche externe formée de lamelles fibreuses contenant des fibres musculaires lisses, quelques lymphocytes en traînées, la couche interne est formée de tissu conjonctif à cellules fusiformes, avec quelques vaisseaux sanguins par places.

Un épaissement de la paroi du kyste est constitué par un ganglion lymphatique.

Diagnostic : Chylangiome kystique.

Le liquide contient un tiers de graisse dépourvue de cholestérine et de lécithine, en partie cristallisée.

Débarrassée de la graisse, le liquide est un peu trouble, très légèrement acide et contient des matières protéiques.

VII. DUJARIER et TOPOUS KAHN. — Lymphangiome kystique du mésentère coïncidant avec une volumineuse hydronéphrose et un rétrécissement congénital du méat urétral (Partielle).

Kyste uniloculaire, de la grosseur d'une tête de fœtus à terme, contenant un liquide clair jaune paille. La paroi est épaisse de 5 millimètres.

Examen histologique : Tissu connectif contenant un grand nombre de vaisseaux blancs épaissis dont quelques-uns sont sténosés et oblitérés. Amas de cellules embryon-

naires et pelotes de cellules adipeuses par endroits, quelques faisceaux de fibres musculaires lisses. La couche interne est un tissu réticulé infiltré de cellules embryonnaires et contenant un grand nombre de lymphatiques ectasiés et des espaces ressemblant aux voies de lymphe des ganglions, quelques vaisseaux sanguins. La cavité kystique est garnie d'un endothélium aplati dont les cellules sont perceptibles par endroits.

VIII. EINAUDI. — Kyste séreux du mésentère (*Chylangiome kystique* (Résumée par le « Journal de Chirurgie », 1928).

Femme de 40 ans, prise soudainement de douleurs abdominales intenses. Ni vomissements, ni fièvre.

Examen : Dans la partie supérieure droite du ventre on sent une masse comme une orange, de consistance élastique, nettement fluctuante et facile à déplacer vers la gauche.

Opération : Kyste du mésentère, ovoïde, de surface lisse et luisante, qui contient un liquide jaune citrin de réaction alcaline.

Guérison après extirpation simple.

Examen histologique : La paroi est formée de trois couches : l'interne ne contient aucun élément endothélial, la moyenne est formée de tissu conjonctif fasciculé et riche en vaisseaux, l'externe est également composée de tissu conjonctif épais et fasciculé.

Diagnostic : Kyste séreux.

IX. W. FLYNN. — Lymphangiome kystique du mésentère (Complète).

D. W., jeune fille blanche de 16 ans, admise à Baylor Hospital la nuit du 10 novembre 1928.

Gravement malade. Température : 38° 5. Pouls : 140. Respiration : 24. Se plaint de douleurs dans l'abdomen, de nausées, de constipation depuis 3 jours, de distension abdominale, de douleurs et contracture, de malaise général.

Antécédents : Six ans auparavant, a reçu un choc violent dans l'hypochondre gauche, qui la fit souffrir beaucoup pendant 4 jours.

Depuis ce temps, elle a remarqué quelque chose d'anormal dans cette partie de son ventre. Elle a toujours été très active, pleine de santé, prenant plus que sa part de travail et de jeux.

A la suite de poussées successives d'amygdalite ses amygdales ont été enlevées il y a plusieurs années. Depuis 1 an, sa mère a remarqué que son abdomen grossit, et qu'elle prend du poids, bien qu'elle prenne beaucoup d'exercice. C'est depuis ce moment qu'elle a commencé à ressentir une impression de fatigue, même après un exercice modéré. Elle est constipée depuis sa petite enfance.

Antécédents familiaux : Mère, père, 2 frères et 1 sœur sont bien portants.

Maladie actuelle : Depuis quelques semaines, douleurs en crampes associées à des nausées, la douleur siège et est particulièrement vive dans la fosse iliaque droite. Elle se sent fatiguée et, en marchant, a conscience d'un poids énorme dans son ventre qui la pousse en avant. Elle n'a jamais vomi, les crises douloureuses durent ordinairement 4 jours, environ. Ses muscles abdominaux sont contractés et elle a du mal à se redresser. La crise la plus sévère, avant la précédente, remonte à 4 semaines, son intestin ne fonctionne qu'après purgation. Dans l'intervalle des 2 dernières crises, elle s'est sentie très bien, si ce n'est qu'elle était paresseuse et se désintéressait des choses qui l'intéressent habituellement. Elle a joué au tennis, dansé et n'a pas manqué une fois la classe, pendant l'année scolaire.

Il y a 48 heures, ayant terminé son travail de classe,

elle décida de marcher un peu. Au bout de 4 milles, elle revint à la maison, exténuée, nauséuse et souffrant beaucoup du ventre. La douleur et le malaise continuèrent pendant 2 jours, accompagnés de nausées, de contracture abdominale, et de constipation absolue. La douleur est accrue par le décubitus dorsal.

Examen physique : La malade repose tranquillement dans son lit, ne se plaignant pas si on ne la dérange pas.

Examen négatif de la tête, du cou, du thorax. Abdomen rigide et distendu. La matité du foie et celle de la rate se continuent avec la matité de l'abdomen. Il est impossible de palper le bord du foie ou de la rate. Bien qu'il y ait de la distension et une rigidité marquée de l'abdomen, il est possible d'enfoncer assez profondément les doigts dans l'abdomen, jusqu'aux bords du petit bassin. La palpation de l'abdomen révèle une résistance marquée de toute la paroi abdominale antérieure, plutôt de nature inflammatoire que tumorale. Cependant, cette douleur exquise à la palpation appuyée, caractéristique de l'inflammation aiguë, est absente ici. L'examen bimanuel du pelvis est négatif. L'utérus est petit et les annexes semblent normales. L'analyse du sang montre une leucocytose de 16.000 ; polynucléaires : 83 % ; petits lymphocytes : 11 % ; grands monos : 5 % ; intermédiaires : 10 %.

Urines : D = 1.015 ; albumine, pus, sucre = 0.

BW : négatif.

Diagnostic : Je regrette qu'un pneumopéritoine n'ait pu être fait, car je pense que dans un cas moins aigu, on peut obtenir par ce moyen des renseignements très précis.

Après 2 jours d'accidents aigus d'appendicite ou de péritonite, on aurait trouvé une malade très déprimée par des nausées et des vomissements, craintive, et avec d'autres symptômes plus évidents de toxémie sévère. Nous trouvons un tableau presque opposé dans notre cas. Je n'ai pas pu

délimiter une tumeur bien que la résistance à la palpation la fasse soupçonner.

J'étais certain qu'il n'y avait pas d'abcès localisé dans la fosse iliaque droite. J'avais palpé l'utérus et les annexes et, de ce fait, éliminé une tumeur pelvienne.

Je ne pouvais faire un diagnostic précis, mais sentant que la malade avait des accidents inflammatoires aigus dans son abdomen, produisant une obstruction intestinale, je décidai une exploration abdominale immédiate.

Opération : Sous anesthésie à l'éther, incision le long du grand droit droit, de 10 centimètres de long. Quand le péritoine fut ouvert : issue d'une grande quantité de sang très foncé.

Une rapide exploration me permit de reconnaître une tumeur, venue du quadrant supérieur gauche et s'étendant obliquement, à travers l'abdomen jusqu'à la fosse iliaque droite. Pratiquement, cette tumeur remplit l'abdomen. On agrandit en haut et en bas pour libérer la tumeur, ce qui nécessite une incision sur toute la longueur du grand droit, qui donne un jour excellent.

Je trouve que la base de la tumeur mesure environ 10 centimètres de diamètre, et est attachée au mésentère de la 1^{re} portion du jéjunum au voisinage immédiat du ligament de Treitz. Les vaisseaux de cette portion de jéjunum passent juste au niveau de la base de la tumeur, qui s'étend jusqu'à la paroi postérieure, cependant la base du pédicule ne s'étend pas jusqu'à la paroi intestinale.

Le problème à résoudre est très difficile. J'essaie d'abord de séparer le pédicule du mésentère, et m'aperçoit que c'est impossible sans léser les vaisseaux de l'intestin, je pense alors qu'il n'y a pas d'autre solution que de réséquer une portion considérable de jéjunum avec la tumeur.

Il n'y avait pas de ganglions hypertrophiés dans les autres parties du mésentère et de l'épiploon.

Mise en place de 2 clamps contre le ligament de Treitz

et au-delà de la tumeur, on enlève tout le tissu malade avec 40 pouces (1 mètre) d'intestin. Anastomose bout à bout de l'intestin et fermeture de l'abdomen sans drainage.

Traitement post opératoire : solutions de glucose intraveineuses, et sérum salé sous la peau pendant 3 jours ; il n'y eut pas ainsi de déperdition de chlorures, ni d'acidose. La malade se remit sans incident et fut levée dans un fauteuil roulant le 14^e jour. Deux jours après, quitte l'hôpital et reprend son travail de classe 4 semaines après l'opération.

Elle a été examinée récemment : la plaie est cicatrisée, elle a gagné plusieurs livres et elle est apparemment en parfaite santé.

Examen de la tumeur : Tumeur ferme avec une surface et des bords irréguliers. Mesure 23 cm. 75/20 cm./10 cm.

Sa coloration est bleu foncé et sa surface est suintante. De nombreuses petites cavités molles à sa surface ressemblent à des veines dilatées et sont aisément rompues ; elles contiennent une matière foncée, visqueuse. L'intestin attenant à la tumeur mesure 1 mètre.

Examen anatomo pathologique (D^r M. T. Richardson) : La pièce consiste en une tumeur mesurant 20 cm./12/12 (après avoir passé 48 heures à la glacière). Brun rouge par places, grise en d'autres, de contour irrégulier, apparemment kystique, montre de nombreuses petites bosselures grises. L'intestin attenant mesure 74 centimètres environ. A la section, la tumeur est peu résistante et semble composée de nombreux espaces kystiques contenant un liquide trouble de couleur saumon, quelques caillots sanguins, et une matière friable ressemblant à de la fibrine.

En général, la tumeur est trabéculée. Les espaces kystiques sont limités par une paroi lisse, plus évidente quand ils sont débarrassés de la fibrine. La coloration varie du gris au rose au rouge foncé.

Microscope : La coupe montre de nombreux canaux

de taille variable, certains sont aplatis et contiennent, par endroits seulement, des vaisseaux lymphatiques. Entre ces canaux il y a du tissu conjonctif considérablement œdédié et infiltré de lymphocytes.

Egalement dans les cavités, il y a de grandes cellules, apparemment endothéliales dont le cytoplasme contient de nombreuses vacuoles de taille variable avec une petite quantité de pigments bruns finement granulés.

Les canaux sont pour la plupart doublés d'un endothélium plat.

Diagnostic : lymphangiome.

X. FRIEND. — Kyste chyleux du mésentère (*K. Lymphatique, origine ?*) (Résumée).

Jeune homme de 20 ans, porteur d'une hernie inguinale droite. Il y a 6 semaines a constaté dans son ventre la présence d'une masse au-dessous de l'ombilic, n'occasionnant aucun trouble et n'augmentant pas de volume.

Examen de l'abdomen : A l'inspection on voit sur la ligne médiane une saillie juste au-dessus de la région vésicale.

A la palpation : Masse assez ferme, de la taille d'une noix de coco, avec un petit nodule sur son bord gauche. La masse est mobile d'un côté à l'autre et aussi de haut en bas.

Elle semble tenir à une bande fibreuse qui monte du pubis. Pas de sensibilité, d'œdème ni d'ascite.

T. R : La masse est perceptible et on la sent fluctuante.

Diagnostic : Kyste de l'ouraque.

Cystoscopie : Négative, bien qu'on discerne l'ombre de la tumeur (?)

Intervention : La masse siège dans le mésentère de l'iléon. Incision du péritoine en demi-cercle sur la tumeur, et dissection en respectant les vaisseaux mésentériques.

Pendant la dissection, rupture du kyste dont le contenu est gris jaune, d'apparence caséeuse.

Hémostase, suture du mésentère, fermeture de la paroi. Guérison. Examen anatomo-pathologique : taille, environ une noix de coco; paroi épaisse à consistance de cuir. Cette paroi est constituée de tissu fibreux contenant quelques petits vaisseaux sanguins dont certains entourés de cellules rondes.

La cavité n'est tapissée d'aucune membrane.

Contenu : 2 aspects : 1^o liquide presque incolore; 2^o substance brun rouge, épaisse, grasseuse, composée presque entièrement de globules graisseux. Quelques cellules sanguines, mais pas de cellules épithéliales, ni de pus. Le nodule de la paroi est fibreux.

XI. J. GUIBAL et BERTRAND. — Kyste du mésentère (*Chylangiome kystique*) (Résumée).

Yvonne C..., 29 ans. Depuis 8 mois, voyait une tumeur se développer dans son abdomen, sans entraîner de troubles. En avril 1934, la masse a la grosseur d'une mandarine, siège dans le flanc gauche, fuit parfois sous la main.

Au cours de l'été dernier, troubles dyspeptiques, fatigue, asthénie, amaigrissement. La tumeur augmente de volume, mais reste indolente. A l'entrée à l'hôpital, novembre 1934 : Etat général assez bon, léger amaigrissement et anémie se plaint de tiraillements et pesanteur lombaire dans la station debout, douleurs abdominale vagues après les repas. Inspection de l'abdomen : légère voussure de 10 centimètres de diamètre dans l'hypochondre gauche. Palpation : masse arrondie, du volume de 2 poings, régulière, rénitente, indolore, très mobile, surtout transversalement. La palpation bimanuelle donnait parfois du ballottement et le contact lombaire. Percussion, submatité au centre de la tumeur. En position de Trendelenburg, la tumeur re-

montait, et disparaissait en partie sous le rebord costal gauche.

Rien d'autre à signaler. Examens sérologiques, urologiques et radiologiques négatifs.

Diagnostic : On discute et élimine : tumeur du rein, splénomégalie, on se rallie au diagnostic de tumeur kystique du mésentère.

On intervient, le 17 novembre 1934, avec l'intention de faire l'exérèse du kyste avec résection intestinale.

Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale, cavité péritonéale normale, gros kyste du mésentère du volume de 2 poings à 25 centimètres de l'angle duodéno-jéjunal, séparé du bord intestinal du mésentère par une bandelette de 2 centimètres, de consistance homogène et rénitente, semble constitué par une substance pâteuse contenue dans une poche à paroi mince.

Tous les vaisseaux mésentériques se trouvent sur la face gauche du kyste, le feuillet droit du mésentère glisse sur lui. On tente l'énucléation du kyste.

Incision du feuillet avasculaire, clivage du kyste, ligature et section du pédicule.

Fermeture de la brèche mésentérique par un surjet de catgut fin.

Fermeture de la paroi abdominale en deux plans à la soie et aux crins sans drainage.

Suites opératoires simples.

Examen anatomo-pathologique (Pr Hoche).

Kyste à parois minces formées de fibres conjonctives adultes, à contenu chyleux.

La malade revue dernièrement (mars 1935) est complètement guérie. Poids augmenté de 2 kg. 500.

XII. HARBITZ. — Kyste du mésentère rare mais typique (*Chylangiome kystique*) (Traduction textuelle).

Enfant âgé de 5 ans, entra à l'hôpital de Namdal, en octobre 1931, pour iléus. Il avait eu auparavant, à plusieurs reprises, des douleurs intestinales semblables à des coliques, dont la durée variait de quelques heures à quelques jours. Pendant ces crises, il n'avait jamais eu de vomissements, mais, par contre, l'abdomen, déjà volumineux, se ballonnait et il y avait arrêt des gaz.

Les crises cessaient toujours d'elles-mêmes. La dernière attaque remontait à 6 mois avant l'entrée à l'hôpital. A part cela, il était toujours en bonne santé.

La veille de l'admission à l'hôpital, il fut de nouveau soudainement pris par des douleurs semblables à des coliques, localisées dans tout le ventre, mais plus particulièrement dans le côté droit. Les douleurs se prolongent, avec quelque répit pendant la nuit, mais avec une recrudescence le matin. Après l'apparition des douleurs, il n'y eut plus ni selles, ni gaz. Pendant la nuit, il vomit une seule fois.

Etat actuel : Température : 36°8. Pouls : 136. Pas d'œdème, l'abdomen est gros, ballonné, tendu. Les téguments sont pâles avec des varicosités nettes. Hyperesthésie du côté droit, depuis le rebord costal jusqu'à la crête iliaque. On sent au-dessous du rebord costal une résistance à percussion maté. Urines normales.

Désirant obtenir une résolution, on décide de pratiquer un examen sous anesthésie. On trouva sous les côtes droites une grosse tumeur qui cependant ne revêtait pas la forme allongée que l'on attendait. Au cours des manipulations, la tumeur sembla disparaître. Un lavement d'un litre 1/2 fut donné, il provoqua l'émission de quelques matières et de gaz.

Dans l'après-midi, les symptômes étaient les mêmes que lors de l'admission à l'hôpital. Sur ce, on endormit le malade à l'éther, et on procéda à une laparotomie, suivie de résection de l'intestin grêle et extirpation de la tumeur.

Incision paramédiane droite. Liquide clair peu abondant dans l'abdomen.

On extériorise une grosse tumeur, qui se composait d'au moins quatre gros kystes à paroi mince. Ceux-ci partaient des 2 côtés du prolongement mésentérique de l'intestin grêle et comprimaient l'intestin au point de lui donner la forme d'un tube aplati.

Au cours de l'opération, un des kystes éclata et se vida de son contenu qui était jaune, limpide et quelque peu gélatineux. Les autres kystes variaient de la grosseur d'une mandarine à celle d'une orange, l'un d'entre eux contenait un liquide semblable à celui que nous avons déjà décrit, les deux autres contenaient un liquide ayant toutes les apparences du lait. L'intestin était dilaté dans la partie située en amont, et affaissé dans la partie en aval. Résection. Fermeture.

Evolution post-opératoire sans incidents.

La préparation qui fut présentée à l'Institut comportait un fragment d'intestin grêle long de 8 centimètres. Dans l'angle situé entre le mésentère et l'intestin, sur toute la longueur de la préparation, le long de la paroi intestinale et sur ses 2 faces, se trouve placé une rangée de kystes qui sont en partie groupés et comportent de chaque côté 2 ou 3 lobules principaux. Les parois des kystes sont assez minces, elles ont des vaisseaux fins et contournés qui partent du mésentère ; et elles sont couvertes d'une séreuse lisse qui se continue d'une part avec le revêtement séreux de l'intestin et, d'autre part, avec la séreuse du mésentère. Les kystes de la préparation avaient la grosseur d'une mandarine, mais d'après le compte rendu opératoire, ils atteignaient primitivement la taille d'une orange.

Après un examen attentif des kystes dont la paroi interne est lisse, on ne trouve aucun lieu apparent avec la lumière de l'intestin.

Par contre, les kystes communiquent d'un côté à l'autre.

Quelques-uns d'entre eux présentent, en effet, 2 ouvertures de la grosseur d'un doigt, qui, à travers le prolongement méésentérique, en dehors de l'intestin, mènent aux kystes situés de l'autre côté. Il semble qu'il y ait 2 systèmes communiquant. A cet égard, sont probants les 2 aspects du liquide kystique, trouvés au cours de l'intervention : liquide séro-gélatineux, et liquide laiteux.

L'examen microscopique a montré, à côté des kystes, de l'intestin grêle tout à fait normal.

La paroi des kystes est extérieurement tapissée d'une séreuse, sous laquelle on trouve une couche de fibres musculaires lisses, qui n'est pas continue. Elle part de la région la plus externe des fibres longitudinales de l'intestin et suit la séreuse. La paroi kystique comporte, en dehors de cela, du tissu conjonctif spongieux, qui possède intérieurement un revêtement de cellules endothéliales. Dans le tissu conjonctif, on trouve un peu de tissu adipeux, et par endroits une infiltration de leucocytes, dont un certain nombre sont polynucléaires.

Une coupe de la paroi kystique supérieure, dans sa partie la plus mince, révèle seulement quelques traces de musculature lisse ; et une coupe de la partie inférieure du kyste, près du méésentère, ne montre aucune fibre lisse.

XIII. HINZ. — Kyste chyleux (*Chylangiome kystique*) (Traduction textuelle).

R. R., 22 ans, laveuse, famille saine.

Depuis 6 mois, ressent assez souvent de légères douleurs dans le bas-ventre, suivies une fois de vomissements. Les règles ont toujours été irrégulières, les dernières remontent à 6 semaines. Dans les derniers jours, douleurs très violentes, qui l'ont amenée à l'hôpital le 2-1-1909.

Aspect général : Jeune fille pâle, bon état général. Poumons normaux.

Abdomen : Bas ventre assez sensible.

Au-dessus de la symphyse : contracture nette.

Examen gynécologique. Vagin moyen, utérus dévié à gauche, et en antéposition.

Au-dessous et à gauche du fond utérin, on sent une tumeur grosse comme un poing d'enfant, lisse, un peu allongée et kystique, qui semble appartenir à l'ovaire gauche. Par le toucher rectal, on sent nettement la trompe droite, l'ovaire droit n'est pas palpable.

Urines claires, albumine et sucre : 0.

Température : 37. Pouls : 82.

Diagnostic : Tumeur ovarienne gauche, probablement dermoïde.

La possibilité d'un kyste du mésentère a été envisagée, mais l'élévation du bassin n'a pas provoqué d'ascension de la tumeur, et, d'autre part, on était frappé par la situation de la tumeur coiffant l'utérus.

Opération : Dr Reise : Incision de Lennander, à droite (?) de la ligne médiane. Un kyste plus gros qu'un poing d'homme repose sur l'utérus, appartenant au mésentère correspondant à la limite du jéjunum et de l'iléon. Incision prudente d'un des feuillets du mésentère après extériorisation de l'intestin. Dissection et extirpation totale de la tumeur sans aucune déchirure.

Nombreuses ligatures de petits vaisseaux.

Suture du méso au catgut fin.

L'intestin, dont la surface est légèrement bleue, revient vite.

5-1-1909. Suites opératoires bonnes.

6-1-1909. Léger ictère. Pouls 116, plein et fort.

Pas de réaction péritonéale. Emission de gaz et de selles. Cependant, agitation et délire, pouls : 140.

Dans la nuit, pouls filant, mort, sans que le malade ait repris connaissance.

Autopsie : Aucune explication de la mort. Pas de péritonite, pas d'altération des organes.

Examen anatomo-pathologique : Sac aux parois minces, kystique, gros comme 2 poings, renferme 300 centimètres cubes de liquide laiteux. Paroi interne lisse et grisâtre, parsemée de petits foyers graisseux en voie de nécrose. Au microscope : contenu graisseux, mêlé de lymphocytes plus ou moins gros. La paroi interne est tapissée d'un endothélium plat.

La paroi est constituée de fines lamelles de tissu fibreux entre lesquelles, à côté de quelques vaisseaux sanguins, se trouvent des vaisseaux lymphatiques isolés et plus gros, dont l'endothélium est plat, jamais cubique.

Diagnostic : Kyste chyleux.

XIV. HINZ. — 2. Kystes chyleux du mésentère (*Chylangiome kystique*) (Traduction textuelle).

A. W..., 36 ans, maçon.

Auparavant, bonne santé. Depuis 3 ans, légères crises douloureuses abdominales, attribuées par son médecin à de l'appendicite légère.

Dans les 3 dernières années, souffre assez fréquemment de légers tiraillements dans le ventre, auxquels on ne prête pas une attention particulière.

Depuis 4 semaines, douleurs dans les 2 côtés, entre temps, périodes d'accalmie complète. Selles irrégulières. Constipation alternant avec diarrhée, légères nausées, mais sans vomissements. Dans les derniers jours : fièvre.

Aspect : Corpulence moyenne, bon état général, pas d'anémie.

Abdomen : Paroi abdominale souple. Foie et rate normaux à la percussion.

Entre l'ombilic et la symphyse, on sent un peu à droite, contre la paroi postérieure, une tumeur de nature kystique

ronde; à paroi lisse, grosse comme le poing. Elle est un peu douloureuse à la pression et se laisse un peu déplacer latéralement. Par le toucher rectal, le Douglas est normal, et on ne sent pas la tumeur.

Urines claires, normales.

Diagnostic : Abscess appendiculaire ou kyste du mésentère. Ce dernier est plus vraisemblable, à cause de l'absence d'antécédents appendiculaires, de la forme bien limitée et de la mobilité de la tumeur.

8-2-1909. Température : 37°8. Tumeur encore un peu plus sensible que la veille.

9-2-1909. *Opération* (Pr Reise) : Scopolamine-morphine-chloroforme. Incision paramédiane droite, entre la symphyse et l'ombilic sur 5 centimètres seulement et jusqu'au péritoine.

Ponction de la tumeur attenante à la paroi donne 600 centimètres cubes de chyle recueillis aseptiquement.

Le trocart laissé en place, on prolonge l'incision en haut et en bas et on ouvre la cavité abdominale.

Extériorisation du kyste et protection de l'intestin.

Après incision transversale du mésentère, dissection et ablation prudente d'un kyste encore gros comme le poing après ponction. On remarque dans le pédicule la présence d'un vaisseau chyleux.

Suture des feuillets du mésentère. Localisation du kyste qui siège à l'union du jéjunum et de l'iléon. Appendice normal.

Drain. Suture étagée de la paroi.

Dans les premiers jours, légère élévation de température qui descend lentement, à part cela, suites normales. Il n'y eut ni instabilité du pouls, ni shock, ni troubles de l'état général. Au 7^e jour après l'intervention, on enlève le drain. Pas de chylorragie.

La plaie était complètement cicatrisée le 5-3-1909, et le malade sortit de l'hôpital le 10-3-1909.

L'examen du kyste et de son contenu a donné les résultats suivants :

Sac fibreux plus gros que le poing, ovale, à paroi lisse, contenant 580 centimètres cubes de liquide jaunâtre et crémeux.

La paroi fibreuse atteint 2 millimètres d'épaisseur, la paroi interne rouge grisâtre, contient un grand nombre de zones jaunâtres et un peu proéminentes, contenu stérile. Au microscope, le contenu est constitué de petits corpuscules graisseux mêlés de lymphocytes relativement nombreux et de quelques leucocytes.

La paroi du kyste comporte une légère couche de fibres conjonctives parallèles, sans fibres musculaires, qui, vers l'intérieur, se réfléchissent, autour de cellules graisseuses, pour se terminer dans des lamelles de tissu conjonctif nettement limitées. Toute la paroi est abondamment pourvue de capillaires sanguins qui sont gorgés de sang, elle est partout infiltrée de lymphocytes et de corpuscules du pus, mais ces derniers n'atteignent guère la couche interne qui est plutôt formée de cellules conjonctives très plates.

Les parties jaunes de la paroi se signalent par l'abondance des cellules graisseuses.

Les débris mésentériques contiennent du tissu graisseux en état d'irritation chronique. Par places, on voit de gros vaisseaux lymphatiques à paroi épaissie et fibreuse. Autour de ces vaisseaux, infiltration leucocytaire.

Diagnostic : Kystes chyleux en état d'irritation.

Nota : Hinz avait fait entrer les 2 observations ci-dessus dans les kystes par rétention, bien qu'il n'ait noté aucun signe de stase.

XV. HYLKEMA. — Kyste chyloforme (*Chylangiome kystique probable*). (Résumée).

Enfant de 10 ans. Arrêt des matières depuis 7 jours.

Porteur d'une tumeur abdominale région iléo-cæcale.

Laparotomie sous-ombilicale. Tumeur assez volumineuse qu'on ne peut extérioriser. Au cours des efforts faits dans ce but, la tumeur s'échappe et disparaît dans l'abdomen.

L'intestin grêle, au voisinage de son abouchement dans le cæcum, présente une coloration rougeâtre marquant qu'à ce niveau a eu lieu la compression cause de l'occlusion intestinale.

On retrouve la tumeur dans l'hypochondre gauche, insérée par un pédicule sur la racine du mésentère. L'ablation en est facile après ligature du pédicule.

Suites opératoires simples.

L'examen de la tumeur montra qu'il s'agissait d'un kyste chyliforme renfermant environ 700 centimètres cubes de liquide hémorragique.

XVI. M. LARGET. — Kyste du mésentère simulant l'appendicite. Chylangiome kystique (Résumée).

L. Edouard, 3 ans. Diagnostic : appendicite aiguë. Crise il y a un mois.

Actuellement : Température : 39°8. Pouls : 130.

Vomissements verdâtres. Faciès tiré. Ventre moyennement ballonné. Contracture au point de Mac Burney. Appendicectomie. Appendice sain en apparence. Tumeur médiane, grosse comme une grenade, fluctuante, mobile, adhérente par endroits aux anses grêles, contenant un liquide séro-hématique.

Libération difficile. Marsupialisation. Le 3^e jour, reprise des accidents, température ascendante, vomissements bilieux. Pas de ballonnement, selles glaireuses. Mort dans la nuit du 4^e au 5^e jour.

Autopsie : Tumeur multiloculaire entre les 2 feuillets du mésentère. L'extrémité supérieure refoule le feuillet pos-

térieur du mésentère, s'engage en arrière de la 3^e portion du duodénum et du processus incinnatus ; l'extrémité inférieure atteint l'angle iléo-cæcal en bas et à gauche, diverticule du volume d'une grosse noix.

Diagnostic : Tumeur congénitale du mésentère, lymphangiome kystique.

Hémorragie intra-kystique dans la poche inférieure droite.

Occlusion au niveau du duodénum qui se coude sur le prolongement supérieur du kyste comme sur un chevalet.

XVII. G. LEVISON et MAST WOLFSOHN. — Un kyste chyleux du mésentère (*Chylangiome kystique*) (Traduction textuelle).

Femme de 47 ans. Mariée. Se plaint d'avoir perdu l'appétit, d'avoir maigri, et de vomissements persistants. Antécédents familiaux et personnels négatifs.

Maladie actuelle : Un an auparavant, eut à se plaindre d'« hunger pain » revenant toutes les 2 heures. Ce dernier symptôme dura jusqu'à il y a six mois, date où apparurent des incidents hépatiques.

Depuis 6 semaines, perte d'appétit, sensation de distension abdominale, aggravée par les repas. Depuis 3 semaines, vomit après chaque repas.

Jamais d'ictère. On n'a noté ni selles mastic, ni selles « goudron ».

Elle a perdu environ 35 livres depuis un an, la plus grande partie depuis 3 mois.

Examen physique : Tête et cou : négatif. Thorax : poumons normaux. Cœur normal. B. P. : (Blood pression : tension artérielle ?) 130/80.

Abdomen : Masse indolore, lisse, siégeant dans l'hypochondre gauche, depuis la ligne mamelonnaire jusqu'au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure. S'étend latéra-

lement du bord interne du grand droit gauche, à la ligne axillaire antérieure gauche. Largement mobile, à la palpation : consistance d'une grosse rate.

Matité au niveau de la tumeur, mobilité avec la respiration.

Rate : La question se pose de savoir si c'est elle que l'on sent ou si elle est en rapport avec la masse.

Rein gauche : Est-il en rapport avec la masse ?

Rein droit : Normal. Foie : normal. T. V. et rectal : négatifs.

Rien aux membres. Réflexes : normaux. Pupilles rondes, régulières, réagissant bien à la lumière et à l'accommodation. .

Examens du laboratoire : *Urines* : D : 1012, réaction alcaline. Pas d'albumine, de sucre ou d'acide diacétique.

Sédiment : Cellules épithéliales et quelques globules rouges.

Sang : Hémoglobine : 90 %. G. R. : 4.560.000. GB : 7.750. Polyneutro : 72 %. Lymphos : 15 %. Grands monos : 8 %. Interm : 5 %. BW : non recherché.

Examens radiologiques : Radioscopie : champs pulmonaires clairs, cœur et aorte normaux. Pas de stase ni de lésion œsophagiennes. Estomac abaissé, légèrement déporté à droite. Péristaltisme modéré. Pas de lésions. Pylore régulier. Bulbe large, de contour régulier, s'emplit modérément. Pas de dilatation ni de stase duodénales (pas de résidu après 6 heures). Le repas précédent est dans l'iléon terminal et le cæcum. Examen après 24 heures : repas dans le côlon transverse. Grosse masse sentie dans la région splénique.

Lavement baryté : Rien d'anormal au côlon. (Constriction irrégulière de la portion distale du côlon transverse : fugace.) Sigmoïde dilaté.

Diagnostic du radiologue : Tumeur splénique. Cystoscopie et cathétérisme urétéral. Urines normales. Après

injection des reins, injection incomplète du rein gauche qui est un peu gros.

Diagnostic différentiel : Tumeur de la rate, tumeur du rein gauche, ou kyste du mésentère.

Le radiologiste pense qu'il s'agit d'une tumeur de la rate. Cependant le chirurgien (Dr Levison) considère que c'est un kyste du mésentère, et sur cette opinion opère la malade le 9 juillet 1923.

Opération : Anesthésie locale à la novocaïne à 1 %. Incision transversale à 2 pouces de l'ombilic, du bord externe du grand droit au milieu de la ligne axillaire médiane gauche, au milieu de cette incision, on branche une incision verticale vers le haut mesurant 2 pouces (5 centimètres).

Le péritoine ouvert, on trouve une grosse masse blanchâtre dans le mésentère, tendue, fluctuante à la pression, nettement kystique. Un peu de liquide chyleux libre dans la partie gauche de l'abdomen.

En raison de la nervosité de la malade, on donne une anesthésie générale à l'éther-oxygène.

Le kyste siège dans la racine du mésentère, au voisinage de L_1 et L_2 et en avant du pancréas. Le côlon est au-dessus du kyste. Essai de dissection, mais la plus légère manipulation de la paroi fine et multiloculaire, la déchire et le liquide se répand au dehors par de nombreux points de la paroi kystique. La séparation du kyste d'avec la paroi mésentérique semble ouvrir de larges espaces lymphatiques.

La masse paraît être un grand sac avec, à l'entour, de petits diverticules en communication avec lui.

Dissection impossible pendant les manipulations, la paroi du kyste se rompt avec issue d'environ un litre de liquide.

En raison de la difficulté de la dissection dans le mésentère et de la possibilité de priver de circulation l'intestin

adjacent, et aussi, en raison du risque d'une anesthésie prolongée, on juge inopportun de continuer.

La base du kyste est cherchée mais non trouvée de façon certaine, elle paraît près du bord supérieur du pancréas.

Les bords du sac sont marsupialisés et fixés au péritoine qui n'est pas fermé à ce niveau. On fixe un drain en cigarette de 12 pouces de long, allant jusqu'au fond du kyste.

Fermeture partielle de la paroi en 3 plans. 3 drains sont placés dans le bas du fascia.

Guérison facile. Cicatrisation par première intention. Sortie le 15^e jour. Le drain est laissé en place 1 mois 1/2 et enlevé progressivement. Il n'y eut pas d'écoulement en dehors d'une faible quantité de sérum.

Examen du liquide : Cholestérine, graisse, acides gras.

Pas d'examen histologique.

XVIII. MAKINS. — (1) Kystes multiples du mésentère
(*Chylangiome kystique*) Traduction textuelle.

Enfant de 6 ans. Depuis la petite enfance sujet à de violentes douleurs abdominales. Le début des accidents était rapidement suivi de vomissements. Pas de constipation. Six semaines avant l'entrée à l'hôpital recrudescence des crises, qui deviennent plus fréquentes et plus sévères, amaigrissement, distension abdominale.

A l'admission, enfant mince, mais bien portant en apparence, joyeux et animé entre les crises.

Inspection : Saillie médiane de l'abdomen, à la palpation grosse tumeur s'étendant du pubis au rebord costal, mais plus proéminente dans la région ombilicale. L'abdomen est mat à la percussion sauf le long d'une étroite bande de sonorité dans les flancs et au-dessus du pubis.

La tumeur n'est pas douloureuse, et apparaît mobile.

Urines normales.

L'intervention décidée, on fait une incision paramédiane de 4 pouces. Kyste brun foncé, rempli de liquide chocolat évacué par ponction au trocart. La masse restante est attirée au dehors par traction sur le kyste vidé, elle est constituée de 3 kystes à paroi mince, chacun de la taille d'une petite orange, contenant un liquide clair, incolore et située entre les feuilletts du mésentère.

Environ 3 pouces de jéjunum sont étalés à sa surface, et étroitement unis à celle-ci. Il semble que disséquer ces kystes serait dangereux pour la vascularisation de l'intestin. On fait une résection avec anastomose intestinale dans l'axe.

Examen histologique : La paroi de l'un des plus gros kystes contient au milieu de tissu fibreux, des faisceaux de fibres musculaires lisses, toutes passant dans une seule direction. La contraction de ces fibres a dessiné sur la paroi interne une série de belles arêtes. Pas de revêtement endothélial.

Suites opératoires bonnes.

XIX. MAKINS. — 2. (*Chylangiome kystique*) (Traduction textuelle).

E. B., 13 ans. Admis à l'hôpital avec une obstruction intestinale datant de 9 jours. Vomissements persistants, stercoraux à l'entrée et distension abdominale.

Par le rectum, on sent en avant une masse élastique.

M. Chutton ouvre le ventre et enlève un groupe volumineux de kystes mésentériques dont le plus gros a provoqué une coudure de l'intestin grêle. Résection intestinale, les 2 extrémités de l'intestin sont extériorisées et on pratique une anastomose latérale au bouton de Murphy.

La mort survint 3 jours plus tard par péritonite aiguë généralisée due au sphacèle et à la perforation au niveau du bouton.

XX. J. MARTIN. — Chylangiome kystique du mésentère (Résumée).

Femme de 42 ans. Troubles gastro-intestinaux depuis longtemps. Douleurs paroxystiques périombilicales sans horaire. A remarqué une grosseur dans son ventre.

Examen : Tumeur de la grosseur d'un poing d'adulte, très mobile, augmentant de volume rapidement. Percussion sonorité.

Diagnostic : Tumeur du mésentère.

Opération : 29 mars 1930.

Tumeur du volume de 2 poings d'adulte siégeant dans le mésentère à 5 ou 6 centimètres du bord intestinal, mais très près de la racine du mésentère. Tumeur adhérente, énucléation impossible, résection large de l'anse surmontant la tumeur, anastomose latéro-latérale au fil de lin. (l'anse supérieure est l'anse juxta-duodénale).

Tamponnement à la Mickulicz du fond de la brèche mésentérique, trop large pour être obturée complètement.

Suites opératoires normales.

Pièce anatomique : Kyste uniloculaire à paroi fibreuse épaisse et résistante contenant une matière blanchâtre épaisse d'aspect sébacé. Entre le kyste et le bord intestinal du mésentère : 3 toutes petites tumeurs blanchâtres à contenu analogue. On pense qu'il s'agit d'un kyste dermoïde.

Examen histologique : Chylangiome kystique.

XXI. F. PORTER. — Kyste du mésentère d'origine ganglionnaire (Traduction textuelle).

J. W., jeune homme de 22 ans. Envoyé par le Dr A. H. Mouser, de Latty Ohio. Le père du malade a été tué par la foudre, sa mère est bien portante. Les grands parents maternels sont tous deux morts de tuberculose pulmonaire.

Depuis l'âge de 12 ans, le malade a eu de nombreuses crises douloureuses dans le quadrant inférieur droit de l'abdomen. Deux ans avant mon examen, il a eu une sérieuse crise, ayant duré 3 mois. Après cette crise, il resta bien portant quelques mois, puis eut une crise moins forte, qui dura une semaine. Cette dernière crise eut lieu en juillet 1904. En février 1905, la douleur reparut et continua de façon intermittente jusqu'au 3 mai, date où je le vis, avec des symptômes typiques d'obstruction intestinale.

Il y avait une tumeur dans la région iliaque droite. La sensibilité n'était pas marquée et plutôt diffuse. L'abdomen est nettement tympanique, mais il n'y a pas de contracture musculaire.

Le Dr Mouser porte le diagnostic d'appendicite, auquel je souscris.

En ouvrant l'abdomen, on trouve un groupe de kystes chyleux, avec un volvulus intéressant la partie de l'iléon attachée au mésentère contenant les kystes. Le nombre des kystes ne permet pas le drainage, leur énucléation ne peut être accomplie sans danger pour l'intégrité de l'intestin, de plus, sa vitalité est déjà fort compromise, si ce n'est entièrement, par la torsion. Résection de l'intestin, avec le mésentère contenant les kystes, et anastomose bout à bout avec bouton de Murphy.

L'abdomen est fermé sans drainage. Le malade alla bien jusqu'au 6^e jour. Puis il se plaignit de douleur abdominale et mourut en 12 heures.

Autopsie : Désunion de la suture anastomotique au niveau de l'insertion mésentérique. Réunion parfaite sur tout le reste de la circonférence de l'intestin. Le bouton était détaché sauf en un point où il était encore adhérent à l'intestin.

Pas de signes de péritonite.

Examen anatomo-pathologique : La pièce macroscopique

soumise à l'examen consiste en une portion d'intestin d'environ 11 centimètres avec son mésentère.

Dans le mésentère, plusieurs kystes dont le liquide a été évacué.

Le fragment examiné fut pris dans la paroi d'un gros kyste proche de l'intestin. La coupe prélevée comprend une partie de la base du kyste, et une portion de l'intestin en continuité avec cette base.

L'examen microscopique de cette coupe montre une grosse hypertrophie du tissu lymphatique de la paroi intestinale. Dans la muqueuse intestinale, on distingue encore le contour des glandes sécrétoires, qui sont en partie normales, mais la bordure épithéliale a été détruite et la lumière remplie de cellules lymphatiques. Le tissu périglandulaire est également distendu par des cellules lymphatiques.

Par place, nous trouvons une couche de cellules lymphatiques recouvrant la muqueuse. Au-dessous de la muqueuse, infiltrant la couche musculaire et s'étendant au-delà pour former le plancher du kyste, il y avait un amas de tissu lymphatique constitué de cellules à tous les stades de mouvement amiboïde.

Au voisinage du kyste, un ganglion mésentérique hypertrophié : l'examen microscopique montre une capsule intacte. La structure ne diffère pas d'un ganglion normal, si ce n'est qu'on y trouve une hyperplasie générale de tous les éléments. La photographie montre les espaces lymphatiques de la périphérie et les amas de tissu lymphatique compact au-dessous.

Diagnostic : Ganglions lymphatiques dégénérés. (A l'observation sont joints des dessins et des photographies de la pièce macroscopique et des coupes histologiques.)

XXII. PROUST et MONOD. — Kyste chyleux du mésentère d'origine ganglionnaire (Résumée).

M^{me} G. M., 77 ans, 1912.

Aucun antécédent à signaler. Ménopause à 50 ans. Femme amaigrie, s'est aperçue, il y a 6 mois, qu'elle avait une boule dans le ventre. Douleurs sans localisation précise.

Toucher vaginal : Masse volumineuse (tête de fœtus), remontant à l'ombilic. Mate, rénitente, peu mobile. Indépendante de l'utérus.

Diagnostic : Kyste de l'ovaire.

Laparotomie : Kyste entre les 2 feuillets du mésentère, encerclé par une anse.

Pas de plan de clivage. Ablation de la tumeur avec résection intestinale.

Guérison.

Kyste de coloration bleuâtre : 14 cm./12 /11

Contenu crèmeux : 750 centimètres cubes.

Examen anatomo-pathologique : Coque fibreuse de 2 millimètres d'épaisseur, formée de tissu conjonctif avec un petit ganglion inclus, lequel présente des lacunes lymphatiques plus ou moins dilatées.

Contenu : D'après Champy, paraît avoir été élaboré en partie sur place. Riche en graisses : 5,5 %.

XXIII. P. RAUL. — Chylangiome du mésentère.

Garçon de 11 ans, qui présente depuis l'âge de 4 ans, de temps à autre, des crises douloureuses abdominales à siège épigastrique. Constipation très rebelle, mais pas de vomissements.

A l'opération : On trouve un kyste du volume d'un poing situé dans le mésentère à une distance de 1m.50 de l'angle duodéno-jéjunal. En même temps, torsion à droite de l'intestin et du mésentère.

Le malade guérit.

Le contenu du kyste est un liquide chyleux et l'examen histologique montre qu'il s'agit d'un lymphangiome.

XXIV. M. REILES. — Kyste chyleux du mésentère
(*Origine ganglionnaire*). (Résumée).

Femme de 42 ans. Hémorragies, douleurs, tumeur abdominale. Pas d'antécédents pathologiques. Dix grossesses normales. Pesanteur et douleurs lombaires, surtout la nuit. Asthénie.

Jamais de vomissements. Jamais de constipation. Toucher vaginal : pas de tumeur en relation avec les organes génitaux.

Dans la région ombilicale : Tumeur dure, arrondie, mobile, de la taille d'un poing, surface irrégulière, bosselée, non douloureuse, libre.

Examen radiologique négatif.

Diagnostic : Tumeur annexielle à long pédicule, ou fibrome ou tumeur amputée et greffée secondairement dans l'abdomen.

Opération : Tumeur lie de vin, volume de 2 poings dans le mésentère du grêle, tout autour le mésentère est épaisi et cartonné. Enucléation au cours de laquelle la tumeur se déchire : liquide laiteux sans odeur. Kyste uniloculaire. Fermeture sans drainage, suites opératoires normales.

L'examen histologique a révélé dans la paroi du kyste l'existence de tissu ganglionnaire normal.

XXV. REINHOLD. — Kyste du mésentère compliqué de
volvulus du grêle et du côlon (*Chylangiome kystique*)
(Résumée).

Enfant de 5 ans, en occlusion intestinale complète. Depuis 2 ans, crises douloureuses avec distension, vomissements et constipation toutes les 2 ou 3 semaines.

Masse dure, partie moyenne de l'abdomen. Pas de selle depuis 6 jours, pas de gaz depuis 48 heures.

Ventre distendu, douloureux ballonnement asymétrique. Vomissements porracés. Température : 37°5. Pouls : 90.

Intervention : 3 septembre 1928 : Tumeur comme les 2 poings ; kyste du mésentère, vaisseaux incrustés dans sa paroi. Pas d'énucléation possible. Ponction évacuatrice.

Volvulus complet du côlon ascendant et de l'iléon autour du kyste, qui siège à 60 centimètres de la valvule iléo-cæcale.

Réduction du volvulus. Résection du kyste et de l'anse grêle attenante. Guérison. Kyste de 20 cm./15 cm. Irrégulier, cavité lisse, liquide citrin.

Examen histologique : Feutrage de fibrilles conjonctives limitant la cavité, tissu réticulé avec ébauches lymphoïdes. Paroi richement vascularisée.

XXVI. E. STARR JUDD et O. C. HEINDAL. — 1. (*Chylangiome kystique*) (Traduction textuelle).

Homme, 24 ans. Se plaint d'arrêt des matières depuis 3 jours. A souffert d'appendicite à 11 ans.

Tumeur palpable, mobile dans l'abdomen, non douloureuse, n'ayant pas grossi. Pas d'amaigrissement ni de troubles gastriques, selles par laxatifs.

Grosse masse mobile, régulière au voisinage de l'ombilic.

Diagnostic clinique : Kyste du mésentère. A l'intervention : kyste chyleux de 14 centimètres de diamètre à un peu plus d'un mètre de l'angle duodéno-jéjunal.

Dissection et ablation. Contenu : 750 centimètres cubes de liquide crèmeux.

A l'examen histologique : Présence de gros vaisseaux chylifères.

Guérison sans récidence.

XXVII. E. STARR JUDD et O. C. HEINDAL. — 2. (*Kyste lymphatique, origine, ?*) (Traduction textuelle).

Homme de 62 ans, admis à la clinique parce qu'il se plaint d'une légère sensation de gêne et de plénitude abdo-

minales localisée dans la fosse iliaque depuis 2 ans, à la suite de tout repas complet.

Pas de douleurs, ni de troubles de fonctionnement de l'intestin.

Un mois 1/2 auparavant, a demandé un examen qui a révélé la présence d'une tumeur. Pas de maladies antérieures, pas d'antécédents familiaux notables.

Une tumeur mobile, globuleuse, d'environ 7 centimètres de diamètre est trouvée dans le côté droit du ventre.

Hémoglobine : 74 %. G. R. : 4.260.000. Leucocytes : 5.800.

Diagnostic : Tumeur abdominale de nature indéterminée.

Opération : Tumeur allongée et mobile, 1 à 2 centimètres plus grosse qu'on ne l'attendait. Elle siège dans le mésentère de l'iléon, opposée à un diverticule de Meckel. La masse est énucléée sans lésion du mésentère bien qu'il ait été complètement ouvert, suturé des 2 côtés, et fermé.

Le diverticule de Meckel était court et maintenu par des adhérences contre l'intestin, il ne peut causer d'invagination et il est laissé en place.

L'appendice était le siège d'inflammation chronique, et fut enlevé.

Le kyste chyleux du mésentère fut enlevé. Guérison sans incident.

L'anatomo-pathologiste trouve à l'examen microscopique un kyste chyleux du mésentère.

XXVIII. WEICHELBAUM. — Chylangiome caverneux
(Rapportée par Augagneur).

Tumeur découverte à l'autopsie, plus grosse que le plat de la main, épaisse de 3 à 4 centimètres, ressemblant à un lipome. A la coupe, liquide laiteux s'échappant comme des pores d'une éponge.

La tumeur est constituée de tissu graisseux creusé de

nombreuses cavités de différentes grandeurs, anastomosées entre elles et formant la plus grande partie de la tumeur.

Les cavités ont une paroi propre très délicate dans les petites, quelques grandes cavités possèdent une paroi atteignant un millimètre. La paroi est formée de faisceaux parallèles droits ou légèrement recourbés qui enferment entre eux des corpuscules de tissu conjonctif. Dans les cavités à paroi épaisse, on trouve au milieu des éléments conjonctifs, quelques fibres musculaires lisses. Dans quelques cavités, paroi très mince ; dans d'autres, fasciculée ; en d'autres, elle paraît manquer totalement.

Dans les grandes cavités, je n'ai pas trouvé d'endothélium, dans les petites cavités on voit une sorte d'endothélium sous la forme de petites cellules étroites fusiformes.

Tissu adipeux dans la tumeur, surtout à la périphérie. Ce tissu est accompagné de tissu conjonctif qui prédomine en certains points, il est riche en pigment brun ou jaune-brun qui l'accompagne jusque dans ses fins prolongements.

Cà et là dans le tissu conjonctif, quelques artères, à paroi épaisse, d'autres sont oblitérées et comblées de tissu conjonctif. Ces vaisseaux ont été comprimés par la distension des tissus au moment de la formation des cavités. Dans le tissu graisseux : amas de cellules rondes dans une substance fondamentale réticulée : groupe analogue aux follicules lymphatiques.

Le liquide présente les réactions du chyle.

XXIX. J. I. WILSON. — Kyste chyleux du mésentère
(*Chylangiome kystique*) (Traduction textuelle).

Un garçon de 8 ans, fut admis le 3 avril 1928, venant d'un sanatorium voisin, pour « traitement par laparotomie d'une ascite tuberculeuse ».

Les premiers symptômes remontent à 2 ans. Depuis cette date, appétit dévorant, surtout le matin, et somnolence l'après-midi. Il aurait mangé toute la journée (Régime mixte avec excès de pain, beurre et pommes de terre). Il dormait 10 à 11 heures chaque nuit. Peu de temps après, on remarque que le ventre est un peu gros, mais l'augmentation est surtout marquée depuis 6 mois. Ce n'est pas depuis cette période que l'enfant est mince.

L'enfant joue et son état général reste assez bon, bien qu'il soit très maigre.

Selles quotidiennes, précédées d'un besoin impérieux et d'une légère colique.

Jusqu'à l'âge de 6 ans, jouissait d'une santé florissante, a eu seulement la rougeole et la varicelle.

A 6 ans, six mois avant l'apparition des troubles actuels, il se casse une jambe, mais à ce moment on ne note pas de lésion de l'abdomen ou du dos.

Examen : Enfant très maigre; on ne sent pas d'irrégularités dans son ventre énorme, mais la percussion révèle que la région ombilicale est aussi mate que les flancs, la seule zone sonore étant l'épigastre. Néanmoins on ne pense même pas à discuter le diagnostic.

Intervention : Laparotomie sous-ombilicale. Une anse grêle légèrement bleuâtre; enlève une tumeur blanche, kystique, molle.

Par la palpation, on reconnaît que cette tumeur, s'étendant vers le haut, repousse complètement sous le diaphragme, le côlon transverse, le grand épiploon et l'estomac.

Latéralement, le kyste s'étend jusqu'en arrière des des côlons ascendant et descendant. Il a des prolongements en forme de sac dans les flancs, ce qui lui donne un aspect triloculaire, mais toutes les parties communiquent librement. Les anses grêles sont dans le petit

bassin. La paroi du kyste est uniforme, et par pincement, on voit qu'elle est extraordinairement mince. Le contenu apparaît opalescent sous petite épaisseur, blanc sous grande épaisseur et on fait le diagnostic de kyste chyleux.

Une petite ouverture est faite, et on retire 4 pintes $1/2$ de liquide ressemblant à du lait. L'ouverture est fermée par ligature, la paroi étant si mince que le plus petit trou d'aiguille cause une fuite. Une certaine quantité de liquide est laissée en place (moins d'une pinte). Fermeture de la paroi.

Convalescence sans incident.

Liquide : Densité : 1.013, faiblement alcalin. Résidu solide : 9,5 %.

Cendre : 0,9 % : (Chlorure de sodium, traces de potasse et phosphate).

Graisse : 4,05 %.

Protéines : 3,5 %.

Quelques globules sanguins, surtout mononucléaires. Pas de germes.

La graisse est en émulsion très fine.

Suites : L'enfant retourne chez lui le 16^e jour avec un régime pauvre en graisses.

A sa sortie, état de dépression considérable, maigreur cachectique.

Cinq semaines après : énorme changement, le panicule adipeux sous-cutané se reconstitue.

L'examen fait soupçonner la présence d'un kyste ou de liquide.

Neuf semaines plus tard : Juillet 1928. L'enfant a encore grossi, mais on trouve de façon évidente un kyste flasque dans l'abdomen et je pense que le liquide est de nouveau en train de se collecter lentement.

Le kyste était si peu tendu, et de paroi si mince, qu'il est probable que la paroi est constituée seulement d'un

endothélium et d'une charpente excessivement mince de tissu fibreux aréolaire.

(L'auteur pense qu'il s'agit d'une dilatation kystique d'un conduit lymphatique par rétention bien qu'il ne signale pas de signes de stase).

CONCLUSIONS

1. — Parmi les kystes du mésentère, il existe une classe importante de kystes formés aux dépens du tissu lymphatique du mésentère.

2. — Ces kystes sont généralement désignés sous le nom de kystes séreux ou chyleux ; mais cette désignation est imprécise, car le contenu du kyste ne permet pas de présumer de sa nature.

Avec Lecène, nous appellerons ces kystes, kystes lymphatiques du mésentère à contenu séreux, chyleux ou hématique, pour les distinguer des autres kystes du mésentère :

Kystes embryonnaires.

Kystes par défaut d'accolement.

Kystes traumatiques.

Dans la plupart des cas, seul l'examen histologique permettra de les différencier.

3. — Les kystes lymphatiques peuvent être uniloculaires, multiloculaires, uniques ou multiples. Ils comprennent :

Des kystes chylangiomeux.

Des kystes ganglionnaires.

Des kystes par rétention.

La grosse majorité des cas appartient aux chy-
langiomes, qui sont les plus typiques.

Les kystes par rétention semblent être l'except-
tion et ils sont difficiles à distinguer de certaines
formes de chylangiomes kystiques.

4. — Les kystes lymphatiques, comme les autres
kystes du mésentère, ont une symptomatologie peu
caractéristique, leur pronostic est aggravé par la
fréquence des complications.

Ils sont rarement diagnostiqués. Le plus souvent,
les diagnostics portés sont ceux de :

Kyste de l'ovaire.

Appendicite.

Ascite tuberculeuse.

5. — La thérapeutique est toujours chirurgicale.

L'énucléation, traitement idéal, sera limitée aux
cas faciles.

L'ablation avec résection intestinale sera réservée
aux kystes adhérents.

La marsupialisation reste une méthode prudente
applicable toutes les fois que les précédentes expo-
seront à de gros risques opératoires.

VU :

Le Président de la thèse :

M. CHEVASSU.

VU :

Le Doyen :

G. ROUSSY.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ABADIE. — Sur un chylangiome du mésentère avec volumineux kyste à contenu chyleux. *Bull. de l'Acad. de Médecine*, 1923.
- AUGAGNEUR. — *Tumeurs du mésentère*, 1886.
- BRACQUEHAYE. — Des kystes du mésentère. *Archives générales de Médecine*, 1892.
- BRISSET. — Kyste hématique du mésentère. (*Bull. et Mém. Soc. nat. de Chirurgie*, n° 30, 3 déc. 1932).
- A. BROCA. — *Traité de Chirurgie infantile*.
- BROCA et DANIEL. — Kystes du mésentère chez l'enfant. *Revue de Gyn. et Chir. abdominales*, 1905.
- COLLET. — Thèse de Paris, 1884.
- A. N. COLLINS et G. L. BERDEZ. — 2 cas de kyste chyleux du mésentère. *Archives of Surgery*, déc. 1934.
- CORNIOLEY. — Contribution à l'étude des kystes du mésentère. *Lyon Chirurgical*, 1926.
- F. DÉVÉ. — Echinococcose. *Nouveau Traité de Médecine*.
- DELBET. — Kyste du mésentère. *Journal des Praticiens*, 26 avr. 1930.
- DESGOUTTES-RICARD. — A propos de kystes du mésentère. *Journal de Chirurgie*, sept. 1928.
- DOWD. — Kyste du mésentère. *Ann. of Surgery Philadelphia*, 1915, t. LXI.
- DOWD. — Kyste de mésentère. *Ann. of Surgery*, 1921.
- DUJARIER et TOPOUS KAHN. — Lymphangiome kystique du mésentère, coexistant avec une volumineuse hydronéphrose et un rétrécissement congénital du méat uréthral. *Sté anatomique*, 31 janv. 1920.
- EINAUDI. — Kyste séreux du mésentère. *Minerva Médica*, 1928.

- FOSSARD et LECÈNE. — Chylangiome kystique. *Sté anatomique*, 1900.
- G. W. FLYNN. — Kyste du mésentère. Avec report d'un cas de lymphangiome kystique. *Annals of Surgery*, 1930, vol. 91.
- GAZANIOLA. — *Contribution à l'étude des kystes séro-hématiques du mésentère*. Th. de Montpellier, 1919, n° 36.
- GAUTHIER. — Th. de Paris, 1927. *Contribution à l'étude des kystes séreux de l'abdomen*.
- J. GUIBAL et P. BERTRAND. — Kyste du mésentère. *Sté nat. de Chirurgie*, 16 mars 1935, n° 9.
- HADLEY. — *Surg. gyn. and Obst.*, 1916, t. XXII.
- HANDFIELD JONES. — *British Journal of Surgery*, 1924.
- HARBITZ. — Kyste du mésentère, rare mais typique. *Acta chirurg. Scandinavica*, 1932, t. LX, n° 1.
- HINZ. — A propos de kystes chyleux. *Archiv. für klin. Chirurgie*, 1940.
- HUBNER. — Kyste séreux, abdomen développé dans l'épaisseur du méso-sigmoïde. *Presse médicale*, février 1929.
- HYLKEMA. — *Journal de Chirurgie*, 1928.
- KENDALL. — Obstruction intestinale de cause rare (kyste du mésentère). *British Journal of Surg.*, 18 July 1930.
- KLEMM. — *Archiv für pathologische Anat. und Physiol.*, 1905, t. CLXXXI.
- LABRY et MONTEL. — Kyste chyleux opéré avec résection. *Presse méd.*, 26 nov. 1930.
- LAPAGE-MORLEY. — Gros kyste mésentérique chez un nourrisson, ablation, guérison. *Lancet-London*, 1925, II, p. 1115.
- LECÈNE. — *Traité de thérapeutique chirurgicale*.
- LE DENTU et DELBET. — *Nouveau Traité de Chirurgie*.
- LE MONIET. — *Sté de Chirurgie de Paris*, 1924.
- C. LÉONTÉ. — Kyste du mésentère. *Sté de Chirurgie*, juin 1932.
- G. LEVISON et MAST WOLFSOHN. — Un kyste chyleux du mésentère. *Californian and Western Medicine*, 1926, p. 480.
- LÆPER et MERKLEN. — Ascite passagèrement chyleuse par rupture de chylifères. *Bull et Mém. de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 27 nov. 1933, 1387.
- MAKINS. — Kystes multiples du mésentère. *Ann. of Surgery*, 1911, LIII.

- André MARTIN. — Kystes du mésentère chez le nourrisson. *Se-maine des Hôpitaux de Paris*, 30 mai 1932.
- J. MARTIN. — Kystes du mésentère. *Sté de chirurgie de Toulouse*, 10 mai 1930 ; *Toulouse médical*, 30 mai 1930.
- MILIANITCH. — Volumineux kyste du mésentère .Résection intestinale large. Guérison. *Sté nationale de Chirurgie*, n° 28, 4 nov. 1933.
- NEY et WILKINSON. — Kystes mésentériques. *Annals of Surgery*, 1911.
- PÉAN. — *Traité des tumeurs abdominales*, 1884.
- PETERSON. — Kystes du mésentère. *Annals of Surg.*, juillet 1932, XCVI.
- PHELAN. — Kyste du mésentère. *Amer. Journ. of Surgery*, n° 2, nov. 1933.
- PORTER. — *Annals of Surgery*, 1906. Kyste chyleux du mésentère.
- POTAIN. — *Lymphatiques de l'abdomen*, 1860.
- PROUST et MONOD. — *Rev. de Gyn. et Chir. abdom.*, sept. 1912, t. II.
- RAUL. — *Sté anatomique de Strasbourg*, 11 déc. 1924.
- REILES. — *Bull. Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 21 mai 1932.
- P. REINHOLD. — Kyste du mésentère. *Bull. et Mém. Sté nation. de Chirurgie*, t. LVIII, n° 11, avril 1932.
- ROUVIÈRE. — *Anatomie des lymphatiques*.
- E. STARR JUDD. — Kyste du mésentère. *Surgical clin. N. Ame-rica*, août 1932.
- STEEL. — Kyste du mésentère, cause d'occlusion intestinale. *British Journal of Surg.*, juil. 1933.
- TWISTINGTON HIGGINS et E. LLOYD. — Kyste du mésentère. *British Journ. of Surg.*, juil. 1924.
- VAUTRIN. — *Congrès de chirurgie*, 1898.
- VIRCHOW. — *Archiv. f. pathol. Anat. und Physiol.*, 1854, t. VII, p. 130.
- WAKELEY. — Gros kyste du mésentère chez un enfant de 6 jours. *Brit. Journ. of Surg.*, 1914-1932, p. 125.
- WEICHELBAUM. — *Archiv. f. Pathol. Anat. Physiol. und klin. Medicine*, Bd LXIV, Hefi 2.

Saint-Amand (Cher). — Imprimerie R. BUSSIÈRE. — 2-5-1935.

